



Guia de Referência Rápida

Ansiedade generalizada e transtorno de pânico em adultos

Manejo nos níveis primário e secundário de atenção

Versão Profissional



Superintendência de Atenção Primária

Guia de Referência Rápida

Ansiedade generalizada e transtorno de pânico (com ou sem agorafobia) em adultos

Manejo nos níveis primário e secundário de atenção

Versão PROFISSIONAIS

1° edição

2013

**Prefeito**

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Hans Fernando Rocha Dohmann

Subsecretária de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde

Betina Durovni

Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

Daniel Soranz

Superintendente de Atenção Primária em Saúde

José Carlos Prado Junior

Coordenadora de Saúde da Família

Ana Caroline Canedo Teixeira

Coordenadora de Linha de Cuidado e Programas Especiais

Maria de Fátima Gonçalves Enes

Coordenadora de Policlínicas e Núcleos de Apoio a Saúde da Família

Eliane Moreno Waik

Coordenação Técnica

André Luis Andrade Justino
Armando Henrique Norman
Nulvio Lermen Junior

Organização

Inaiara Bragante

Tradução e adaptação

Angelmar Roman

Revisão Técnica

Michael Duncan

Colaboração

Angela Marta da Silva Longo
Carlo Roberto H da Cunha
Cassia Kirsch Lanes
Fernanda Lazzari Freitas
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Melanie Noël Maia

Revisão

Kênia Santos

Diagramação

Márcia Azen

Sobre este Guia

Este é um guia de referência rápida que resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP), construído a partir do conteúdo disponibilizado pelo NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, NHS – Reino Unido) e adaptado para a realidade brasileira e carioca por profissionais que trabalham diretamente na Atenção Primária à Saúde (APS). O documento representa o posicionamento da S/SUBPAV/SAP e tem a função de orientar a assistência clínica nas unidades de APS na cidade do Rio de Janeiro. Em caso de condutas divergentes do que estiver presente neste guia, recomenda-se o devido registro em prontuário.

Índice

●	Introdução	5
	Cuidado centrado na pessoa	5
	Prioridades-chaves para implementação	6
<hr/>		
●	Princípios do cuidado para pessoas com AG	9
	Informação e apoio para pessoas portadoras de AG	9
	Apoiando famílias e cuidadores	9
	Considerações adicionais para pessoas com AG e algum grau de dificuldade na aprendizagem ou déficit cognitivo adquirido	10
	Modelo escalonado para os cuidados da AG	10
<hr/>		
●	Passo 1: Todas as apresentações reconhecidas e suspeitas de AG	11
	Identificação	11
	Critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade generalizada segundo o DSM IV-TR	11
	Avaliação	12
	Educação e monitoramento ativo	13
<hr/>		
●	Passo 2: AG diagnosticada que não melhorou após as intervenções do passo 1	14
	Intervenções psicossociais de baixa intensidade	14
<hr/>		
●	Passo 3: AG com pronunciado prejuízo funcional ou que não tenha melhorado com as intervenções do passo 2	16
	Psicoterapia por profissional especializado em saúde mental	16
	Tratamento farmacológico	17
	Manejando uma resposta inadequada às intervenções do passo 3	19
<hr/>		
●	Passo 4: AG complexa, refratária ao tratamento e pronunciando prejuízo funcional ou alto risco de automutilação	20
	Avaliação	20
	Tratamento	20
<hr/>		

●	Princípios para o atendimento a pessoas com transtorno de pânico (TP)	22
	Tomada de decisão compartilhada e prestação de informações	22
	Linguagem	22
	Papel do matriciamento	22
	Modelo escalonado para os cuidados de pessoas com transtorno de pânico (TP)	23
<hr/>		
●	Passo 1: Reconhecimento e diagnóstico do TP	24
	Habilidade de consulta	24
	Diagnóstico	24
	Comorbidades	24
	Quando pessoas consultam em serviços de emergência com ataques de pânico	25
<hr/>		
●	Passos 2 - 4: Manejo do TP na Unidade de Saúde	26
	Psicoeducação	26
	Exercício físico e outras mudanças de estilo de vida	27
	Orientar o paciente sobre a conduta frente ao ataque de pânico	27
	Definição sobre outras intervenções	28
	Monitorar	28
<hr/>		
●	Passo 5: Cuidado para pessoas com transtorno de pânico em serviços de saúde mental	32

Introdução

Ansiedade generalizada (AG) (CID10 F41.1, CIAP2 P74) é um distúrbio comum, cuja característica central é a excessiva preocupação com diferentes eventos, associada a aumento da tensão. Pode acontecer de forma isolada, mas geralmente ocorre com outros tipos de ansiedade e transtornos depressivos. Este Guia de Referência Rápida abrange tanto AG “pura”, em que não há comorbidades, quanto AG com outros tipos de ansiedade e transtornos depressivos em que AG é o diagnóstico principal.

O transtorno de pânico (TP) é caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos 1 mês de preocupação persistente em ter um outro ataque de pânico, preocupação sobre as possíveis implicações ou consequências desses ataques, ou, ainda, uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques. O TP pode estar associado ou não à agorafobia, que é definida como ansiedade em estar em locais ou situações onde é difícil escapar ou onde o auxílio possa não estar disponível na presença de sintomas de pânico (ex., multidões, lugares fechados etc.).

AG e TP variam em severidade e complexidade e ambos podem ter cursos crônicos ou remittentes. Sempre que possível, o objetivo da intervenção deve ser o completo alívio dos sintomas (remissão), que está associado com melhora funcional e menor probabilidade de recaída.

Os fármacos indicados neste guia priorizam aqueles listados na REMUME, mas não se limitaram a eles. Informações detalhadas para apoiar a prescrição desses fármacos estão disponíveis no site <http://www.subpav.org/aaz>.

■ Cuidado centrado na pessoa

O manejo terapêutico deve levar em conta as necessidades e as preferências das pessoas sob cuidado. Boa comunicação é essencial, apoiada em informações baseadas em evidências, dando condições para as pessoas participarem informadas das decisões sobre seus cuidados. Pacientes, familiares e cuidadores devem ter oportunidade de envolver-se nas decisões sobre os cuidados terapêuticos.

■ Prioridades-chaves para implementação

● Passo 1: Todos com quadro suspeito ou reconhecido de AG

Identificação, orientações e monitoramento ativo

- Identificar e comunicar o diagnóstico de AG, o mais cedo possível, para ajudar as pessoas a entender o distúrbio e iniciar o tratamento eficaz o mais precocemente possível.
- Considerar o diagnóstico de AG em pessoas que se apresentem com ansiedade ou preocupação significativa e em pessoas que buscam frequentemente atendimento na APS que:
 - Têm problema crônico de saúde física ou
 - Não têm um problema de saúde física, mas estão preocupadas com sintomas somáticos (particularmente pessoas mais velhas e pessoas com cultura diferente da hegemônica) ou
 - Estejam constantemente preocupadas com uma extensa quantidade de questões.
- Para as pessoas diagnosticadas como tendo AG, oferecer psicoeducação e monitoramento.
- Avaliar presença de prejuízo funcional. Se prejuízo importante, ir para passo 3.

● Passo 2: AG diagnosticada que não melhorou com as intervenções do passo 1

Intervenção psicológica de baixa intensidade

- Às pessoas com AG cujos sintomas não tiveram melhora com orientações e monitoramento ativo do passo 1, oferecer um ou mais dos seguintes como uma primeira linha de intervenção, de acordo a preferência das pessoas:
 - Consultas frequentes focadas em acolhimento, escuta, auxílio na resolução de problemas e em superar pensamentos catastróficos.
 - Participação em grupos de convivência, Academia Carioca, ou atividade física não supervisionada.
 - Grupos de saúde mental.

● Passo 3: AG com importante prejuízo funcional ou que não melhorou após as intervenções do passo 2**Opções de tratamento**

- Para pessoas com AG e importante prejuízo funcional ou aquelas cujos sintomas não responderam adequadamente às intervenções do passo 2, oferecer:
 - Psicoterapia.
 - Tratamento farmacológico.
- Orientar sobre as probabilidades de benefícios e desvantagens de cada tipo de tratamento, incluindo a tendência do tratamento farmacológico ser associado a efeitos adversos e síndromes de abstinência.
- Basear a escolha do tratamento nas preferências da pessoa sob cuidado, já que há não provas de que um tipo de tratamento (psicoterapia ou tratamento farmacológico) seja melhor que o outro.

Psicoterapias

- Se a pessoa com AG escolher psicoterapia, encaminhar para atendimento psicoterápico, de preferência terapia cognitivo-comportamental (TCC).
- Se disponível na unidade de saúde, pode ser encaminhado para terapia comunitária ou para grupos de saúde mental, que podem ser organizados com apoio da equipe de matriciamento.

Tratamento farmacológico

- Se o portador de AG optar por tratamento farmacológico, ofereça um inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS). Considere oferecer inicialmente fluoxetina, que está disponível na REMUME. Monitore cuidadosamente as reações adversas.
- Não ofereça benzodiazepínicos para o tratamento de AG na atenção primária e secundária, exceto como uma medida de curto prazo durante crises. Leia as advertências na literatura sobre uso de benzodiazepínicos.
- Não ofereça antipsicóticos para o tratamento de AG na atenção primária.

● Passo 4: Situações de maior risco e complexidade ou resposta inadequada às intervenções do passo 3

- Considere enquadrar no passo 4, se as pessoas com AG apresentarem ansiedade severa com incapacidade funcional em conjunto com:
 - Risco de autoagressão ou suicídio, ou
 - Significante comorbidade, tais como abuso de drogas, transtorno de personalidade ou problemas complexos de saúde física, ou
 - Autonegligência, ou
 - Inadequada resposta às intervenções do passo 3.

*** Papel do matriciamento**

O matriciamento com psiquiatra, psicólogo e/ou outros profissionais de saúde mental, pode ser envolvido em qualquer dos passos acima mencionados. Nos passos 1-3 contribui para capacitação das equipes com maior dificuldade de manejar pacientes com transtornos mentais. No passo 4 pode, em casos selecionados, substituir o encaminhamento a serviço de saúde mental.

Princípios do cuidado para pessoas com AG

■ Informação e apoio para pessoas portadoras de AG

- Construa uma relação terapêutica aberta, engajada e sem julgamento.
- Explore com a pessoa sob cuidado:
 - Suas preocupações, de forma a entender o impacto da AG, como um todo.
 - Opções de tratamento, mostrando que a tomada de decisão é um processo compartilhado.
- Assegure que toda discussão ocorre em um contexto de respeito à confidencialidade, à privacidade e à dignidade.
- Disponibilize informação adequada no nível adequado de entendimento para cada pessoa, sobre a natureza da AG e o leque de tratamentos disponíveis.
- Promova e organize grupos de apoio na unidade de saúde e informe às pessoas a respeito.

■ Apoiando famílias e cuidadores

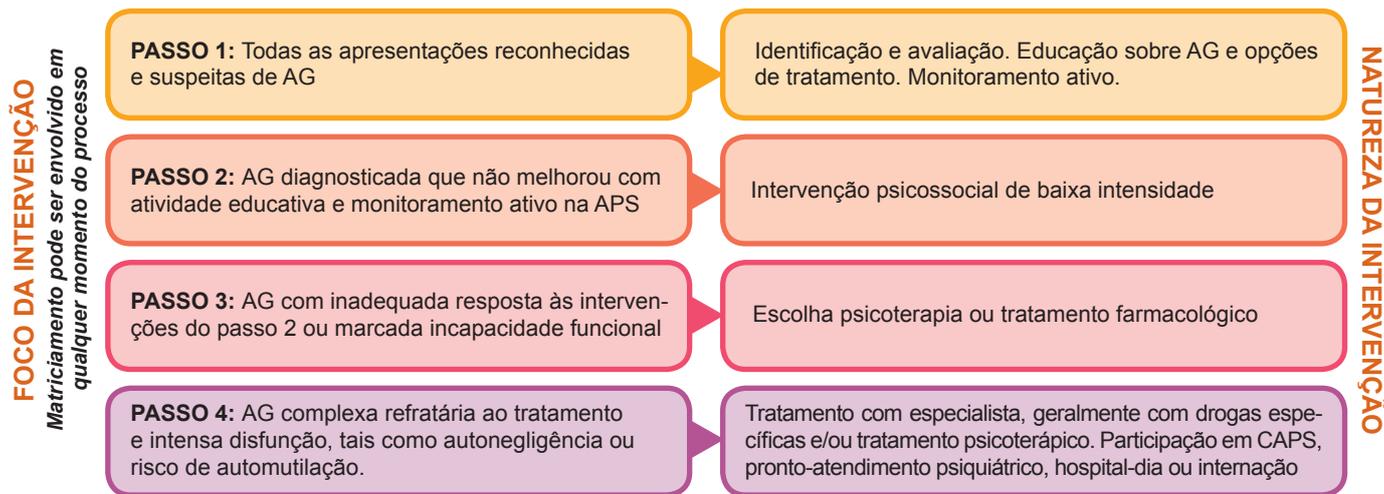
- Quando familiares e cuidadores estão envolvidos no apoio a pessoas com AG, considere:
 - Oferecer uma avaliação dos cuidados oferecidos pelos cuidadores e das eventuais necessidades de saúde física e emocional.
 - Negociar entre portador de AG e seus familiares e cuidadores sobre confidencialidade e o compartilhamento de informações sobre sua saúde.
 - Explicar como será feito o manejo e como familiares e cuidadores podem apoiar a pessoa com AG.
 - Orientar o que fazer em situações de crise, e que nessas situações o paciente pode procurar a Clínica da Família sem agendamento prévio.

■ Considerações adicionais para pessoas com AG e algum grau de dificuldade na aprendizagem ou déficit cognitivo adquirido

- Para pessoas com dificuldade leve de aprendizagem ou déficit cognitivo leve, oferecer as mesmas intervenções que as disponibilizadas para outros portadores de AG, ajustando os métodos ou a duração da intervenção, sempre levando em conta o grau de dificuldade e comprometimento das funções.
- Quando avaliar ou oferecer uma intervenção para pessoas com moderada ou severa dificuldade de aprendizagem, ou moderado ou severo déficit cognitivo adquirido, considere encaminhamento para um especialista de referência ou solicitar apoio do matriciamento.

■ Modelo escalonado para os cuidados da AG

Siga o fluxo mostrado abaixo, oferecendo, passo-a-passo, inicialmente as intervenções menos invasivas e mais efetivas



Passo 1: Todas as apresentações reconhecidas e suspeitas de AG

■ Identificação

- Identifique e comunique o diagnóstico de AG tão oportunamente quanto possível para a pessoa entender o agravo e iniciar o tratamento efetivo prontamente.
- Considere o diagnóstico de AG em pessoas que apresentem ansiedade ou preocupação excessiva e naqueles que buscam frequentemente atendimento na atenção primária com:
 - Problema crônico de saúde física, ou
 - Sem problema crônico de saúde física, mas preocupadas com a presença de sintomas somáticos (particularmente em idosos e pessoas com cultura diferente da hegemônica), ou
 - Persistente preocupação com uma ampla gama de diferentes questões.

■ Critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade generalizada segundo o DSM IV-TR

- Ansiedade e preocupações excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias pelo período mínimo de seis meses.
- O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
- A ansiedade e a preocupação estão associadas a três ou mais dos seguintes seis sintomas:
 - inquietação
 - fadigabilidade
 - dificuldade em concentrar-se ou sensações de branco na mente
 - irritabilidade
 - tensão muscular
 - alteração no sono
- O foco da ansiedade ou preocupação não está restrito a aspectos específicos de um outro transtorno mental.

- Para pessoas que buscam reassegurar-se sobre problema crônico de saúde física ou sintomas somáticos e/ou persistente preocupação, discutir com elas se alguns desses sintomas se devem à AG.
- Para pessoas que não preenchem critério diagnóstico para AG e nem para outro transtorno mental clínico, considere avaliar o que perturba a pessoa e oferecer intervenção focada nos desencadeantes, podendo usar as mesmas intervenções descritas no passo 2.

■ Avaliação

- Fazer uma avaliação abrangente que não se baseie apenas no número, gravidade e duração dos sintomas, mas, também, considere o grau de sofrimento e prejuízo funcional. Para pessoas com maior grau de sofrimento ou prejuízo funcional, considere implementar intervenções do passo 3 de imediato.

• **Considerar como os fatores abaixo podem ter afetado o desenvolvimento, curso e gravidade da AG**

- Coexistência de algum transtorno depressivo ou outro tipo de transtorno de ansiedade.
- Algum uso abusivo de substância.
- Coexistência de alguma outra condição de saúde.
- História de transtorno mental.
- Experiências anteriores de tratamentos e respostas a esses tratamentos.

Pessoas com AG e concomitante transtorno depressivo ou algum outro tipo de ansiedade

- Tentar tratamento que seja efetivo para ambas as condições. Se isso não for possível, tratar primeiro o transtorno que causa mais prejuízo e sofrimento e que, tratado, muito provavelmente melhore o funcionamento global.
- Em caso de dúvida, solicitar apoio para equipe de matriciamento.

Pessoas com AG com abuso de substâncias químicas.

- Estar consciente de que:
 - Abuso de substância pode ser uma complicação de AG.
 - Uso não nocivo de substância não deveria ser contraindicação para o tratamento de AG.
 - Uso nocivo ou abuso de substância sempre deve ser tratado ANTES, já que isso pode levar a uma significativa melhora dos sintomas de AG.
- Em caso de dificuldade no manejo, solicitar apoio para equipe de matriciamento.

■ Educação e monitoramento ativo

- Disponibilize medidas educativas para o paciente sobre a natureza da AG e as opções de tratamento. Para muitos pacientes, a psicoeducação e o monitoramento ativo serão suficientes.
- Monitore ativamente os sintomas e grau de funcionalidade da pessoa.
- Discuta o risco do uso de medicações e preparações que não tenham segurança cientificamente estabelecida e explique o potencial de interações com medicamentos prescritos.

Passo 2: AG diagnosticada que não melhorou após as intervenções do passo 1

■ Intervenções psicossociais de baixa intensidade

Ofereça uma ou mais das intervenções psicossociais de baixa intensidade listadas no quadro abaixo, respeitando as preferências pessoais, àqueles com AG cujos sintomas não melhoraram com medidas educativas e monitoramento ativo no passo 1. Se os profissionais da equipe tiverem dificuldade com essas intervenções, podem buscar auxílio dos profissionais do matriciamento para capacitação em intervenções psicossociais ou para o desenvolvimento de grupos terapêuticos.

Tipo de intervenção	Descrição da intervenção
<p>Maior frequência de consultas para explorar as angústias do paciente, oferecer suporte e auxiliar na resolução de problemas e nos pensamentos catastróficos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O conteúdo e a estrutura das consultas deve ser combinado previamente com os pacientes. As consultas não precisam ser longas, podendo durar de 15-20 minutos. Inicialmente o objetivo é acolher as angústias do paciente e oferecer escuta. Se o foco das angústias do paciente se concentrar em dificuldades pelas quais está passando e que tem dificuldade de superar, o foco das consultas deve ser em ajudar a desenvolver estratégias para resolução de problemas. Nesse caso, delinea-se com o paciente uma solução que seja factível e que dependa unicamente da ação do próprio paciente. Por exemplo, no caso de uma mulher vítima de violência doméstica pelo marido, um foco incorreto seria fazer o marido parar de agredi-la, e um foco melhor seria parar de ser agredida. Embora a diferença seja sutil, as implicações para a estratégia de intervenção são substanciais. • Se o paciente apresentar grande tendência à catastrofização, deve-se ajudá-lo a refletir sobre a lógica por trás dos pensamentos intrusivos. Deve-se orientar ao paciente que não adianta se esforçar para afastar os pensamentos, pois isso só piora. O segredo é não dar importância a eles, ou seja, constatar que eles assumiram uma dimensão maior do que a devida e focar em outros pensamentos alternativos.

Tipo de intervenção	Descrição da intervenção
Participação em grupos de convivência, grupo de mulheres, grupo de idosos, grupos de exercícios, Academia Carioca ou orientar prática de exercício não supervisionado	<ul style="list-style-type: none">• Esses grupos não têm objetivo terapêutico por si só, mas oferecem oportunidade de socialização, troca de experiências, diversificação do repertório de pensamentos e aprendizado de habilidades, podendo aumentar a autoestima.• O exercício físico tem benefícios comprovados na redução de sintomas de ansiedade e no aumento da qualidade de vida e da autoestima.
Grupos de saúde mental	<ul style="list-style-type: none">• Grupos específicos para tratamento de transtornos mentais comuns podem ser desenvolvidos nas Clínicas da Família, contando com apoio dos profissionais do matriciamento, se necessário.• Os grupos costumam ter número de sessões pré-definido e permitem troca de experiências e melhor aproveitamento do tempo.• Devem, de preferência, ser baseados em princípios e técnicas da terapia cognitivo-comportamental.

Passo 3: AG com pronunciado prejuízo funcional ou que não tenha melhorado com as intervenções do passo 2

Opções de tratamento

- Para pessoas com pronunciado prejuízo funcional ou para aqueles cujos sintomas não responderam adequadamente às intervenções do passo 2, oferecer:
 - Psicoterapia realizada por profissional de saúde mental, ou
 - Tratamento farmacológico.
- Orientar sobre os potenciais benefícios e desvantagens de cada forma de tratamento, incluindo a tendência do tratamento farmacológico estar associado com efeitos adversos e síndromes de abstinência.
- Basear escolha do tratamento nas preferências pessoais do paciente, já que não há provas de que uma forma (psicoterapia ou tratamento farmacológico) seja melhor do que a outra.

■ Psicoterapia por profissional especializado em saúde mental

Se o portador de AG escolher psicoterapia por profissional especializado em saúde mental, a psicoterapia com maior evidência de benefícios é a terapia cognitivo-comportamental. Se a Clínica da Família tiver rodas de Terapia Comunitária ou grupos terapêuticos para transtornos mentais, podem ser oferecidos como alternativa. Outra opção é discutir o caso no matriciamento e oferecer sessões de psicoterapia breve com o profissional matriciador em atendimento conjunto, se houver disponibilidade e o matriciador considerar que o tratamento breve será eficaz para o paciente.

■ Tratamento farmacológico

Se a pessoa com AG preferir o tratamento farmacológico, oferecer um inibidor de seletivo da recaptação da serotonina (ISRS), de preferência a fluoxetina, por estar disponível na REMUME. Com os ISRS, especialmente com a fluoxetina, pode haver piora inicial dos sintomas. Nesse caso, um curso breve de benzodiazepínico para alívio dos sintomas (2-4 semanas) pode ser útil. Monitorar cuidadosamente os efeitos adversos.

- Se fluoxetina não for efetiva, oferecer outro ISRS (especialmente sertralina, por ser mais custo-efetiva) ou um inibidor de recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN) como a venlafaxina, levando em conta os seguintes fatores:
 - Tendência a produzir síndrome de abstinência (especialmente com paroxetina e venlafaxina).
 - Perfil de efeitos adversos e potencial de interação medicamentosa.
 - Risco de suicídio e probabilidade de toxicidade por overdose (especialmente com venlafaxina).
 - Experiência pessoal prévia com tratamento com determinada droga (aderência, efetividade, efeitos adversos, experiência com síndrome de abstinência e a preferência da pessoa).

- Os benzodiazepínicos para tratamento de AG na atenção primária devem ser usados apenas por período curto de tempo, de preferência associados a antidepressivo.
- Não oferecer antipsicótico para o tratamento de AG na atenção primária.

- Antes de prescrever qualquer medicação, discuta sobre as opções de tratamento e preocupações eventuais sobre a pessoa tomar medicamentos. Explicitar completamente as razões para a prescrição e disponibilizar informações sobre:
 - Probabilidade de benefícios dos diferentes tratamentos.
 - As diferentes propensões a efeitos adversos, síndrome de abstinência e interação farmacológica de cada droga.
 - O risco de excitação com ISRS e IRSN, com sintomas, como aumento da ansiedade, agitação e problemas com o sono.
 - O desenvolvimento gradual, após uma semana ou mais, do completo efeito ansiolítico.
 - A importância de tomar o medicamento exatamente conforme prescrito e a necessidade de continuar o tratamento farmacológico após a remissão para evitar recaída.

Manejando riscos e efeitos adversos

- Levantar em conta o risco aumentado de sangramento associado com ISRS, particularmente em idosos ou pessoas que estejam tomando outros fármacos que causem irritação na mucosa gastro-intestinal ou interfiram na coagulação (por exemplo AAS, anticoagulantes ou AINES). Nessas circunstâncias, considere prescrever um protetor gástrico.
- Para pessoas com idade menor que 30 anos para as quais tenha sido prescrito um ISRS ou IRSN:
 - Alertá-los de que esses fármacos são associados com um aumento do risco de ideação suicida e automutilação em uma pequena minoria de pessoas menores de 30 anos, e
 - Vê-los dentro de uma semana após a primeira prescrição, e
 - Monitorar o risco de ideação suicida e automutilação semanalmente, durante o primeiro mês.
- Para pessoas que desenvolverem efeitos adversos logo após iniciar o tratamento farmacológico, prestar informações e considerar uma das seguintes estratégias:
 - Monitorar de perto os sintomas (se os efeitos adversos são leves e aceitáveis para a pessoa), ou
 - Reduzir a dose do fármaco, ou
 - Suspender o fármaco e, de acordo a preferência pessoal, oferecer:
 - Fármaco alternativo, ou
 - Encaminhamento para psicoterapia.
- Rever a efetividade e efeitos adversos do fármaco a cada 2 – 4 semanas, durante os primeiros 3 meses de tratamento e, depois disso, a cada 3 meses.

- Se um medicamento é efetivo, oriente para continuar tomando-o por ao menos um ano, pois a possibilidade de recaída é alta.

■ Manejando uma resposta inadequada às intervenções do passo 3

- Se a pessoa com AG não respondeu à psicoterapia, oferecer um tratamento farmacológico.
- Se a pessoa com AG não respondeu satisfatoriamente ao tratamento farmacológico, oferecer psicoterapia ou um fármaco alternativo ainda não utilizado.
- Se a pessoa com AG teve resposta parcial ao tratamento farmacológico, considerar oferecer psicoterapia em conjunto com o tratamento farmacológico.
- Discutir outras alternativas com a equipe de matriciamento.

Quando encaminhar para o nível secundário de atenção

- Considerar encaminhamento para o passo 4 se a pessoa com AG tiver ansiedade severa com acentuado prejuízo funcional em conjunto com:
 - Risco de suicídio ou de automutilação, **ou**
 - Comorbidade importante, tais como abuso de substâncias, transtorno de personalidade ou problema complexo de saúde física, **ou**
 - Autonegligência, **ou**
 - Inadequada resposta às intervenções do passo 3.
- Em casos selecionados, o encaminhamento para o nível secundário pode ser substituído pelo atendimento e acompanhamento conjunto com a equipe de matriciamento.

Passo 4: AG complexa, refratária ao tratamento e pronunciando prejuízo funcional ou alto risco de automutilação

(Passo geralmente relacionado a equipes de saúde mental, mas pode incluir equipes de atenção primária com maior experiência com manejo de problemas mentais mais complexos e/ou com matriciamento em saúde mental)

■ Avaliação

- Oferecer uma avaliação especializada de necessidades e riscos, incluindo:
 - Duração e gravidade dos sintomas, prejuízo funcional, comorbidades, risco para si e de autonegligência.
 - Uma revisão dos tratamentos anteriores e os atuais, incluindo adesão a medicamentos previamente prescritos e a psicoterapia, bem como seu impacto sobre sintomas e prejuízo funcional.
 - Ambiente doméstico.
 - Apoio na comunidade.
 - Relacionamento e impacto sobre a família e cuidadores.
- Rever as necessidades das famílias e cuidadores e oferecer avaliação dos seus cuidados, necessidades de saúde física e mental se algo assim não foi oferecido previamente.
- Desenvolver um plano de cuidado abrangente em colaboração com o paciente com AG, que atenda necessidades, riscos e prejuízo funcional e tenha um projeto terapêutico claramente definido.

■ Tratamento

- Informe às pessoas com AG para as quais não foram oferecidas as intervenções dos passos 1 a 3 ou que as tenham recusado, sobre o potencial benefício dessas intervenções e ofereça alguma que não tenha sido tentada.

- Considerar oferecer combinações de psicoterapia e tratamento farmacológico, combinação de antidepressivos ou aumento da dose de antidepressivos, mas estar atento e consciente de que:
 - Não há evidências sobre a efetividade de tratamentos combinados, e
 - Efeitos adversos e interação medicamentosa são mais prováveis quando combinados ou em doses aumentadas.

Tratamentos combinados deveriam ser prescritos apenas por clínicos com expertise em prescrição de psicotrópicos para AG complexa e refratária ao tratamento, sempre após uma discussão com a pessoa sobre vantagens e desvantagens do tratamento agora sugerido. Exceção é feita ao uso combinado de antidepressivo e benzodiazepínico no início do tratamento e em situações de crises, salientando-se que o uso de benzodiazepínicos deve ocorrer apenas por curtas durações e em pacientes sem risco elevado para dependência química.

Princípios para o atendimento a pessoas com transtorno de pânico (TP)

■ Tomada de decisão compartilhada e prestação de informações

- A tomada de decisão compartilhada entre paciente e equipe de saúde deverá estar presente durante o diagnóstico e durante todas as fases do cuidado.
- Para facilitar a tomada de decisão:
 - Disponibilizar informações embasadas cientificamente sobre o tratamento.
 - Fornecer informação sobre a natureza, curso e tratamento do TP, incluindo o uso de fármacos e a respectiva probabilidade de efeitos adversos.
 - Discutir eventuais preocupações sobre tomar medicamentos, tais como medo de dependência.
 - Considerar a preferência e experiência pessoal e resultados de tratamentos anteriores.
 - Encorajar a participação em grupos de apoio e de autoajuda.

■ Linguagem

- Utilize linguagem cotidiana, sem jargões. Explícite os termos técnicos.
- Quando apropriado, disponibilize material escrito em linguagem adequada ao nível de compreensão da pessoa.

■ Papel do matriciamento

- Em qualquer momento do acompanhamento pode ser solicitado apoio da equipe de matriciamento para auxílio no diagnóstico ou na implementação das intervenções terapêuticas.

■ Modelo escalonado para os cuidados de pessoas com transtorno de pânico (TP)

PASSO 1: Reconhecimento e diagnóstico

PASSO 2: Tratamento na atenção primária

PASSO 3: Reavaliação e consideração de tratamentos alternativos ao estabelecido até o momento

PASSO 4: Reavaliação e tratamento conjunto com equipe de matriciamento em saúde mental ou encaminhamento para serviço especializado em saúde mental

PASSO 5: Atendimento em serviço especializado em saúde mental

Passo 1: Reconhecimento e diagnóstico do TP

■ Habilidades de consulta

- Um alto padrão de habilidade na técnica de consulta é necessário, de tal forma que uma abordagem estruturada pode ser utilizada para o plano de diagnóstico e de manejo.

■ Diagnóstico

- Deve-se interrogar sobre informações relevantes, tais como contexto familiar, história pessoal, alguma automedicação ou outras características individuais que possam ser importantes em cuidados subsequentes.
- Ataques de pânico ou crises de pânico são o aparecimento de sintomas, como palpitações, sudorese de extremidades e palidez, associados à ansiedade intensa, de causa psicológica. São extremamente comuns, podendo ocorrer em qualquer transtorno de ansiedade ou mesmo em pessoas sem história de transtornos de ansiedade.
- Só passam a caracterizar um transtorno do pânico quando aparecem de forma espontânea, sem um claro desencadeante, ao menos uma vez. O ataque de pânico é muito mais frequente que o TP.
- No TP, pelo menos um ataque deve ter sido acompanhado das seguintes características: preocupação persistente com ataques adicionais, preocupação com as implicações do ataque ou com suas consequências (perder o controle, ter um ataque cardíaco etc.), e alteração significativa do comportamento relacionada com as crises.
- Pode ser diagnosticado com ou sem agorafobia, que é a ansiedade de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil ou embaraçoso escapar ou onde o auxílio possa não estar disponível, na presença de sintomas de pânico.

■ Comorbidades

- Estar alerta a comorbidades. São muito comuns em tais quadros.
- Identificar os principais problemas, por meio de diálogo com a pessoa.
- Deixar clara a sequência cronológica dos problemas para determinar as prioridades entre as comorbidades – desenhando uma linha do tempo para mostrar quando os diferentes problemas foram sendo desenvolvidos.

■ Quando pessoas consultam em serviços de emergência com ataques de pânico

- Se uma pessoa apresenta-se com ataque de pânico, essa pessoa deve:
 - Ser interrogada se já recebeu tratamento para TP.
 - Fazer investigação mínima necessária para excluir problema físico agudo.
 - Em geral, não ser internada em leito clínico ou psiquiátrico.
 - Ser encaminhada para a Clínica da Família (Atenção Primária) para o acompanhamento subsequente, mesmo se o contato inicial foi no serviço de emergência.
 - Receber informações apropriadas, por escrito, sobre ataques de pânico e por que tais pacientes estão sendo encaminhados para a atenção primária.

Passos 2-4: Manejo do TP na Unidade de Saúde

Passo 2: Oferecer tratamento na Unidade de Saúde

- As intervenções que podem ser oferecidas incluem psicoeducação, estímulo à atividade física, orientações para o aut manejo no ataque de pânico, tratamento farmacológico e encaminhamento para psicoterapia.
- As melhores evidências são para tratamento farmacológico com inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e antidepressivos tricíclicos e para terapia cognitivo-comportamental.
- A psicoeducação, o exercício físico e a orientação para aut manejo do ataque de pânico, embora menos estudados, devem sempre ser oferecidos.
- Podem ser oferecidas também as intervenções do passo 2 da ansiedade generalizada.

■ Psicoeducação

- Explicar o que é o ataque de pânico e o transtorno do pânico. Uma analogia útil é o do sinal de alarme desregulado. Entregar material informativo a respeito.
- Destacar que é um transtorno muito comum e que provoca muito desconforto, o que ajuda a desmistificar a ideia de transtornos mentais como algo para “pessoas loucas” e a contrapor comentários depreciativos que o paciente possa ter ouvido de familiares ou amigos.
- Destacar também que há tratamentos altamente eficazes, bastante estudados.

■ Exercício físico e outras mudanças de estilo de vida

- O exercício físico reduz sintomas de ansiedade e melhora a qualidade de vida.
- Outras mudanças de estilo de vida, como alimentação saudável, cessação do tabagismo e diminuição do consumo de cafeína, também são recomendadas.
- A interrupção do tabagismo não aumenta sintomas de ansiedade ou depressão.
- O consumo de cafeína está associado ao aumento dos sintomas de ansiedade, o que justifica sua redução.

■ Orientar o paciente sobre a conduta frente ao ataque de pânico

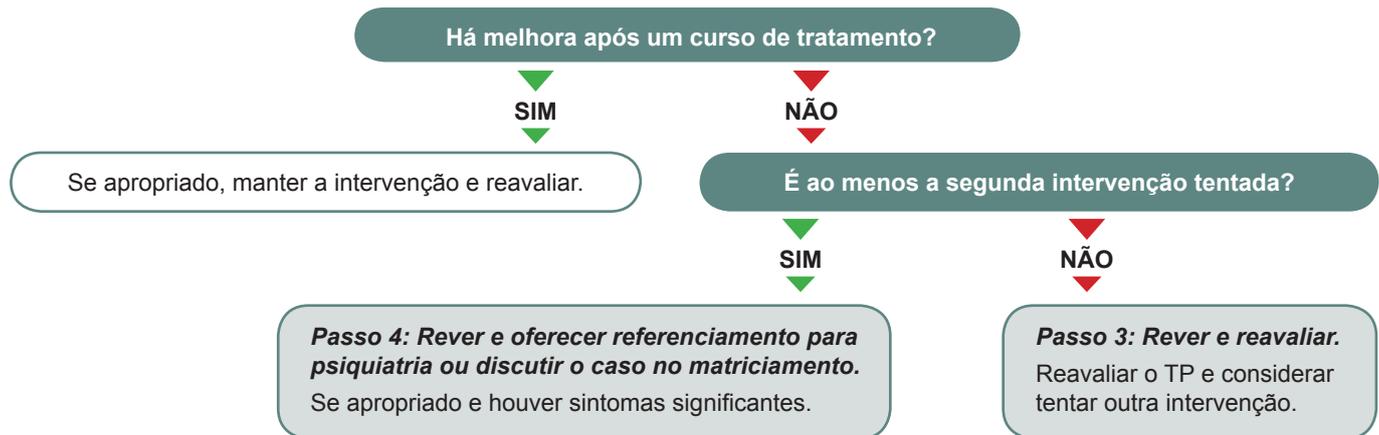
- Informar ao paciente que ataques de pânico são muito frequentes na população e que só devem ser considerados como parte do transtorno de pânico quando aparecem sem desencadeante.
- Ensinar ao paciente a questionar a fundamentação lógica dos pensamentos que surgem durante o ataque. Por exemplo, se o paciente começa a ter sintomas da crise e pensa que vai morrer, isso pode aumentar ainda mais a ansiedade e criar um círculo vicioso. Por outro lado, se o paciente pensar que já passou por isso diversas outras vezes e que o ataque sempre desapareceu espontaneamente, sem repercussões à saúde física, a tendência é os sintomas diminuírem.
- Reforçar o caráter passageiro da crise (10-30 minutos) e instruir o paciente a respirar pelo nariz, e não pela boca, bem como controlar a frequência das inspirações, para não hiperventilar.
- Quando há predominância de sintomas respiratórios, pode-se utilizar respiração diafragmática, sendo o paciente instruído a respirar com o diafragma e limitar o uso da musculatura intercostal.
- Técnicas de relaxamento podem ser úteis e devem ser ensinadas ao paciente.
- Em caso de sintomas muito intensos ou prolongados, e em pacientes sem risco elevado para dependência química, pode-se prescrever benzodiazepínicos de ação curta, por curto período de tempo, de preferência associados à prescrição de antidepressivos.

■ Definição sobre outras intervenções

- Deve-se acordar com o paciente o plano terapêutico. Para muitos o delineado acima será suficiente. Parte dos pacientes não desejará tomar medicação nem ser encaminhado para psicoterapia.
- Ao encaminhar para psicoterapia, deve-se considerar que as melhores evidências são para terapia cognitivo-comportamental. Se disponível, tem vantagem em relação à farmacoterapia, de que apresenta maior duração de efeito. As evidências para terapia psicodinâmica são preliminares. Se disponível, pode-se oferecer terapia comunitária ou grupos de saúde mental baseados em técnicas cognitivo-comportamentais que possam ser implementados na Clínica da Família com o apoio do matriciamento.
- O tratamento farmacológico é discutido nas páginas 29-30.

■ Monitorar

- Avaliar o progresso da abordagem de acordo com o que ocorre no contato terapêutico. Determine a natureza do processo com base na singularidade de cada caso.
- Sempre que possível, use um autoquestionário sintético para monitorar os resultados.



Passo 2: Oferecer tratamento na Unidade de Saúde (continuação)

Se optado por tratamento farmacológico, seguir as orientações abaixo.

Tratamento farmacológico (Atenção no momento da prescrição)

- Ofereça algum ISRS indicado para TP, ao menos que seja indicado o contrário. O ISRS disponível na REMUME é a fluoxetina.
- Se um ISRS não for adequado ou não houver melhora após um curso de 12 semanas e se houver necessidade de medicação adicional, considerar imipramina ou clomipramina.
- No início do tratamento, informe ao paciente sobre:
 - Potenciais efeitos adversos (incluindo aumento transitório da ansiedade no início do tratamento).
 - Possíveis sintomas de retirada / abstinência.
 - Atraso no início da ação.
 - Curso de tempo do tratamento.
 - Tomar o medicamento exatamente como foi prescrito (particularmente com fármacos de meia-vida curta) para evitar sintomas de abstinência.
- Disponibilizar informações impressas ou escritas, adequadas para cada pessoa.
- Efeitos adversos do início podem ser minimizados, começando com baixas doses e aumentando gradualmente até a resposta terapêutica satisfatória.
- Tratamento a longo prazo e com doses no limite superior podem ser necessários.

Antes de prescrever, considerar:

- Idade e resposta a tratamentos anteriores.
- Riscos de autoagressão deliberada ou overdose acidental (tricíclicos são mais perigosos de overdose que os ISRS).
- Tolerabilidade e interações possíveis com medicações em uso atual.
- Preferências pessoais.
- Custos de fármacos com mesma efetividade.
- Benzodiazepínicos, sedativos anti-histamínicos ou fármacos antipsicóticos não devem ser prescritos de forma rotineira para TP. Os benzodiazepínicos podem ser prescritos no início do tratamento farmacológico se ataques frequentes de pânico e em pacientes com baixo risco para dependência química.

Manejo contínuo

- Atingida a dose ótima, monitorar apropriadamente por 6 meses. Então a dose pode ser reduzida.
- Para interromper o tratamento medicamentoso, a redução da dose deve ser gradual.

Se apropriado, manter os cuidados e o monitoramento.

Monitorando

- Rever eficácia e efeitos colaterais nas duas semanas iniciais e, novamente, após 4, 6 e 12 semanas.
- Rever após 8 – 12 semanas de intervalo, se tratamento farmacológico por mais de 12 semanas. Reveja a literatura para outros monitoramentos requeridos.
- Sempre que possível, utilizar questionário curto e autocompletável para monitorar os resultados.

Houve melhora após 12 semanas de tratamento?

NÃO

Esta é, ao menos, a 2ª tentativa de tratamento?

SIM

NÃO

SIM

Passo 4: Rever e oferecer encaminhamento para o serviço de saúde mental ou discutir o caso no matriciamento.

(Se apropriado, e se o paciente ainda tem sintomas significantes)

Passo 3: Rever e reavaliar.

(Reavaliar o TP e considerar outro tipo de intervenção).

Sintomas de retirada/interrupção de antidepressivos

Informe ao portador de transtorno de pânico que:

- Apesar de antidepressivos não estarem associados com tolerância e dependência, sintomas de abstinência podem ocorrer em caso de falta de uma dose, suspensão ou mesmo redução de dose do fármaco. Esses sintomas geralmente são leves e autolimitados, mas, ocasionalmente, severos, particularmente se o fármaco for interrompido abruptamente.
- Os sintomas mais comumente experimentados são: tontura, parestesias (dormência e formigamento), problemas gastrointestinais (principalmente náuseas e vômitos), cefaleia, sudorese, ansiedade e distúrbios do sono.
- Devem procurar aconselhamento com seu médico de família e comunidade se os sintomas de retirada forem significativos.
- Suspensão abrupta de antidepressivo pode causar sintomas de retirada. Para minimizar o risco desses sintomas, quando da interrupção desses fármacos, a dose deverá ser reduzida gradualmente num período estendido de tempo.
- Sintomas leves de interrupção/retirada: reassegurar ao paciente e monitorar os sintomas.
- Sintomas severos de descontinuação/retirada: considerar reintroduzir o antidepressivo (ou prescrever outro da mesma classe com meia vida mais longa, em especial a fluoxetina) e reduzir gradualmente a dose enquanto monitora os sintomas.

Passo 5: Cuidado para pessoas com transtorno de pânico em serviços de saúde mental

- Reavaliar o portador de TP, seu ambiente e seu contexto social, considerando:
 - Tratamentos anteriores, incluindo aceitação e efetividade.
 - Uso de qualquer substância, por exemplo, nicotina, álcool, cafeína e droga de recreação.
 - Comorbidades.
 - Funções do cotidiano.
 - Rede de relacionamentos.
 - Fatores contínuos de estresse crônico.
 - Papel de sintomas agorafóbicos e de evitação (esquivamento).
- Realizar uma avaliação de risco global.
- Desenvolver um plano apropriado de manejo de risco.

• Para desenvolver essas avaliações e para desenvolver e compartilhar uma formulação mais completa, mais de um contato pode ser necessário.

- Considerar:
 - Tratamento das comorbidades.
 - Resolução estruturada de problemas.
 - Exploração completa da farmacoterapia.
 - Suporte-dia, para aliviar cuidadores e membros da família.
 - Referenciamento para atenção secundária ou terciária para avaliação, aconselhamento ou manejo.

• Assegurar comunicação acurada e efetiva entre os profissionais de saúde de atenção primária e secundária envolvidos, particularmente MFC e equipe e serviços de saúde mental, se há alguma condição crônica de saúde que também requeira um manejo ativo.

SMS - RJ / SUBPAV / SAP

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar
Cidade Nova
CEP: 20.211-110
Rio de Janeiro / RJ

www.rio.rj.gov.br/web/sms

