

PROGRAMA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

Apresentação

O desenvolvimento de políticas de atendimento e distribuição de medicamentos para Saúde Mental é considerado uma das pedras fundamentais para garantir a atenção integral à saúde e a equidade no atendimento dos cidadãos, em todo o Estado.

A Coordenação Estadual de Saúde Mental e o Cemepar – Centro de Medicamentos do Paraná tem como missão coordenar a política de atendimento e Assistência Farmacêutica na prestação de serviço de qualidade, integrando as ações de saúde com uma farmacoterapia eficiente e eficaz, contribuindo para a melhoria da população.

As atribuições do Cemepar – Centro de Medicamentos do Paraná compreendem as atividades relacionadas aos projetos definidos pela Coordenação em sintonia com as necessidades identificadas no diagnóstico da Assistência Farmacêutica e nas diretrizes do Programa Estadual de Medicamentos de Saúde Mental.

O programa para aquisição destes medicamentos, que foi instituído pela Portaria GM nº 1077, de 24/03/99, e implantado no estado após aprovação pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação nº 087/99), consiste em um mecanismo que implementação e potencialização de serviços de Saúde Mental, possibilitando a reorganização da rede de assistência, visando atender a demanda de pessoas que sofrem com transtornos mentais, estabelecendo que os medicamentos para este fim, deverão estar disponibilizados onde existam serviços para atendimento a esses pacientes.

Este programa pretende redefinir o elenco de medicamentos, bem como racionalizar o seu uso, ampliando a cobertura da assistência farmacêutica nos transtornos mentais.

A política de Saúde Mental do SUS preconiza a mudança no modelo assistencial com a gradativa redução das internações psiquiátricas. Entretanto, este fato exige que a rede de serviços ambulatoriais de Saúde Mental ofereça serviços e medicamentos na qualidade e quantidade necessárias para atender esses pacientes. Para tanto, é preciso criar uma rede de serviços extra hospitalares para atender aos usuários, que deve ser estruturada a partir do atendimento básico, até os serviços especializados.

A distribuição de medicamentos padronizados e específicos de Saúde Mental é um elo imprescindível desta política, garantindo o sucesso do tratamento ambulatorial, o atendimento integral dos pacientes e a conseqüente redução das internações por doenças mentais.

O programa de distribuição de medicamentos de Saúde Mental teve seu início em 1.999, conta com 27 ítems de medicamentos que são adquiridos pelo Governo Estadual e repassados às 22 Regionais de Saúde, e estas distribuem aos seus municípios, em todo o Estado.

O presente programa Estadual de Saúde Mental representa a ampliação e o aperfeiçoamento da experiência acumulada neste período. A avaliação das atividades desenvolvidas desde o início do fornecimento dos medicamentos foi analisada por técnicos da SES, das áreas de saúde mental e assistência farmacêutica, contando com o auxílio de uma Câmara Técnica, constituída por psiquiatras, farmacêuticos, psicólogos e assistente social.

Com vistas à eficácia e segurança, esta Câmara Técnica atualizou a relação de medicamentos, dividindo-os em níveis técnicos de indicação (I, II e III), das diversas enfermidades de psiquiatria.

INTRODUÇÃO

O Programa Estadual de Saúde Mental visa garantir o acesso dos pacientes ao tratamento através do fortalecimento e expansão da rede extra-hospitalar de assistência aos portadores de transtornos mentais, buscando a redução das internações e pretendendo propiciar a reinserção do cidadão em sua família e na comunidade a qual pertence.

Hoje no Estado do Paraná a rede de serviços de assistência em Saúde Mental conta com 30 CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), ambulatórios de Saúde Mental, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos integrais, Hospitais Dia e ações de Saúde Mental na Assistência Básica. Atualmente, precisamos planejar as redes locais e oferecer serviços nos diversos níveis de hierarquia.

As diretrizes atuais da Política de Saúde Mental permitem aos usuários a continuidade de atividades laborativas e a convivência diária com os familiares, vizinhos e amigos, o que é fundamental para o equilíbrio de todo ser humano. O foco principal passa a ser, portanto, o resgate dos aspectos saudáveis de cada indivíduo, tornando-o cada vez mais autônomo e, ao mesmo tempo respeitando suas diferenças e limitações.

Para se permitir uma farmacoterapia eficiente e eficaz, há necessidade de revisão periódica do elenco, observando-se inclusão e exclusão de medicamentos, e obedecendo critérios bem definidos para este fim. Isto tem como objetivo a racionalização do uso destes medicamentos, avaliando-se custo/eficácia.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste programa é estimular a criação de um rede estadual de atenção à Saúde Mental, que ofereça serviços de acordo com as necessidades dos usuários, respeitando o grau de complexidade de cada local, e de redefinir o programa de assistência farmacêutica na área de saúde mental. É necessário para efetivação desse objetivo:

- Estruturar formas de tratamento com visão bio-psico-social, considerando não só a condição clínica do paciente, mas promovendo sua recuperação, autonomia, reinserção social e reabilitação profissional;
- Acompanhar continuamente o usuário, ao longo do seu tratamento, facilitando sua integração na família e comunidade;
- Disponibilizar medicamentos adequados ao perfil epidemiológico dos pacientes do Estado do Paraná;
- Reorganizar o atendimento da Assistência Farmacêutica em saúde mental;
- Possibilitar mecanismos permanentes de controle e avaliação do programa;
- Oferecer informações clínicas e de farmacoterapêutica em saúde mental, atentando, em especial, para a equipe geral de saúde dos municípios do interior do Estado, que, por se constituírem na maioria dos técnicos responsáveis pela implementação do programa, terá demanda de capacitação especializada;
- Promoção do uso racional de medicamentos, através do estabelecimento de critérios ou níveis clínico-farmacoterápicos e de economicidade para a prescrição dos medicamentos.

JUSTIFICATIVAS

Justifica-se a necessidade desse protocolo a escassez, não apenas local, mas mundial, de especialistas de saúde mental nas regiões de menor concentração demográfica, e também facilitar o uso dos psicofármacos pelos médicos generalistas dessas regiões e racionalizar, de modo geral, sua dispensação pública, respeitando os princípios da universalidade, equidade e integralidade, levando-se também em consideração o custo/eficácia.

Na pretensão de alcançar esses objetivos, bem como na simplificação do uso dos medicamentos deste Protocolo, não se pode dispensar algumas generalizações, deixar de estabelecer prioridades e restrições quanto à escolha dos transtornos mais importantes epidemiologicamente, dos medicamentos e de suas indicações.

Este Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas se direciona à terapêutica medicamentosa, não desconhecendo, contudo as demais terapêuticas e cuidados psicológicos e psicossociais.

A Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar, Depressão, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno do Pânico e o Consumo de Álcool-Drogas, figuram entre as 10 principais causas de incapacidade no mundo, impedindo o paciente de trabalhar e dedicar-se a outras atividades criativas.

SELEÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Os critérios utilizados para a seleção dos medicamentos foram:

- eficácia comprovada, segurança, estabilidade e custo do produto;
- capacidade de tratar a maioria dos transtornos mentais, considerando os níveis de complexidade das Unidades de Saúde;
- escolha preferencial dos medicamentos essenciais constante na lista da Organização Mundial de Saúde – OMS e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME;
- Ter preferencialmente mais de um laboratório produtor.

A lista dos medicamentos selecionados, foi pesquisada na FDA e submetida à um Câmara Técnica, que contou com especialistas nesta área, como psiquiatras, farmacêuticos, psicólogos e assistente social, tendo sido por eles aprovada, e submetida a aprovação da CIB.

Haverá revisão periódica, sempre que necessário, da relação de medicamentos do Programa, podendo ser incluído e/ou excluídos um ou mais itens, após avaliação da Câmara Técnica.

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES

- ser portador de transtorno mental;
- ser usuário da rede ambulatorial própria ou conveniada ao SUS;
- cadastro do paciente;
- a Unidade de Saúde manterá registro dos pacientes atendidos, excluindo, sistematicamente, aqueles que tiverem “alta” ou que não comparecerem ao Serviço por um período igual ou superior a 6 (seis) meses, caracterizando abandono de tratamento;
- busca ativa, pela US ou ambulatório de portadores de transtorno mental grave que abandonaram tratamento.

SOBRE AS PRESCRIÇÕES

NÍVEL I : (UBS - unidade básica de saúde; PSF- programa da saúde da família; CAPS I)

Poderão ser atendidas as prescrições neste nível dos profissionais da atenção básica e de saúde mental.

Elenco de Medicamentos: os medicamentos padronizados para o Nível I.

NÍVEL II : (ambulatórios especializados, CAPS II e III)

Poderão ser atendidas as prescrições neste nível apenas dos psiquiatras.

Elenco de Medicamentos: os medicamentos padronizados para o Nível I ell.

NÍVEL III :

Serão classificados como Nível III os medicamentos de dispensação em Caráter Excepcional – Alto Custo, destinados ao tratamento de Esquizofrenias Refratárias,

respeitando os Centros de Referências estabelecidos para esta patologia e os critérios contidos na Portaria MS/SAS nº 846 de 31 de outubro de 2.002.

Toda a rotina de aquisição, dispensação, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, entre outros, seguem as diretrizes do Programa de Medicamentos Excepcionais / M.S.

VER TABELA-RESUMO DAS DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

A dispensação dos medicamentos do Programa será realizada nas farmácias das Unidades devendo ser acompanhada de orientação e informações aos pacientes. Os medicamentos serão dispensados nas quantidades suficientes para no máximo 2 (dois) meses (Portaria 344/98). Considerando que estas farmácias necessariamente terão farmacêutico, e este deverá promover a Atenção Farmacêutica, visando a melhoria da qualidade da atenção ao usuário.

Os medicamentos destinados ao tratamento de Esquizofrenia Refratária- Nível III, continuarão a ser dispensados nas Unidades de Referência de Medicamentos Excepcionais, mantidas as rotinas, fluxos e diretrizes já estabelecidas.

DIRETRIZES CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS

1 – ESQUIZOFRENIA (F20):

É, dos transtornos mentais, causador de estados de extrema complexidade, cronicidade e incapacidade, que acarreta profundas conseqüências para seu portador.

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam por distorções fundamentais e típicas da percepção, do pensamento e das emoções, comprometendo as funções essenciais que dão as pessoas normais, a vivência de sua individualidade, singularidade e domínio de si mesma. Ocorre uma profunda perturbação das idéias e dos sentidos, que afeta a linguagem, o pensamento, a percepção e o sentido da própria identidade. Com freqüência, vem acompanhada de elementos psicóticos, como a percepção de vozes e idéias fixas anormais, conhecidas como delírios.

Há um deterioração de sua capacidade de relacionamento com o meio e de sua participação em atividades compartilhadas. O isolamento se deve a incapacidade destes paciente se comportarem de acordo com a expectativa de seu grupo e comunidade a qual pertence.

Geralmente ocorrem mudanças da personalidade gradual e sutil antes do aparecimento do surto psicótico. É marcado por sintomas psicóticos (delírios, alucinações e desorganização do pensamento) na fase aguda e sintomas negativos (embotamento afetivo, apatia, isolamento social) na fase crônica. A depender da predominância dos sintomas, a esquizofrenia comporta alguns sub-grupos:

Esquizofrenia paranóide: predominam alucinações e delírios de perseguição;

Esquizofrenia simples: predominam as alterações do afeto: distanciamento afetivo, autismo (isolamento em si mesmo), ambivalência afetiva, e diminuição da vontade, interesse e iniciativas.

Esquizofrenias catatônica: além dos sintomas da Esquizofrenia simples, chamam a atenção os sintomas psicomotores: acinesia (muito parado), flexibilidade cérea, ou hiperkinesia estereotipada.

Esquizofrenia hebefrênica: por geralmente aparecer em idade mais precoce, 15-25 anos, produz um quadro de grande desagregação, com os sintomas da Esquizofrenia simples, mais delírios, alucinações fugazes. Os maneirismos são comuns, acompanhados de risadinhas, caretas, brincadeiras e tende a ser solitário.

Além do tratamento medicamentoso, que objetiva reduzir os sintomas psicopatológicos das esferas do pensamento, senso-percepção, afetividade, humor e atividade, não pode prescindir do cuidado psicossocial, extra-hospitalar ou comunitários, dispensados pelos chamados serviços substitutivos ao hospital de internação integral e ambulatório tradicionais psiquiátricos.

Prevalência:

A prevalência para um ano está estimada em cerca de 1% da população. A incidência está estimada em aproximadamente 4 casos novos por ano por 10.000 habitantes. Não há diferença significativa entre os sexos, no entanto, o início tende a ser mais precoce no sexo masculino, o que confere às mulheres um prognóstico geralmente melhor.

Evolução / Prognóstico:

O início deste transtorno é tipicamente na adolescência e nas etapas mais precoces da vida adulta.

A evolução é bastante variável, variando de pacientes que apresentam um único episódio psicótico sem recidiva dos sintomas, um segundo grupo com diversos surtos psicóticos e estabilização sem no entanto retorno à normalidade e um terceiro grupo com curso de piora progressiva do quadro ao longo de sucessivos episódios psicóticos. O curso pode ser de perdas cognitivas progressivas, mas na maioria tende a haver uma estabilização do quadro após alguns anos do início dos sintomas, que podem ser intercalados com períodos de exacerbação dos sintomas psicóticos. A ocorrência de novos surtos tende a acarretar piora do quadro e por isso devem ser evitados.

Diagnóstico:

A esquizofrenia é um transtorno bastante heterogêneo em sua apresentação e por isso frequentemente suscita dificuldades em seu diagnóstico.

Critérios de Inclusão

Pelo menos uma das síndromes, sinais e sintomas listados no **Grupo A**, abaixo, ou pelo menos dois dos sinais e sintomas listados no **Grupo B**. Estando presentes na maior parte do tempo durante um episódio de doença psicótica que dure pelo menos 1 mês (ou em algum tempo durante a maioria dos dias).

Grupo A - pelo menos um dos seguintes sintomas deve estar presente:

- Eco, roubo ou irradiação do pensamento;
- Delírios de controle, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos, percepção delirante;

- Vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outro tipo de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo;
- Delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, como identidade política ou religiosa ou poderes sobre-humanos, por exemplo, para controlar o tempo ou se comunicar com outros planetas.

Grupo B - ou pelo menos dois dos seguintes:

- Alucinações inespecíficas acompanhadas de delírios “superficiais” sem muito matiz afetivo, ocorrendo todos os dias durante semanas ou meses;
- Interposições provocando incoerência, neologismo ou irrelevância do discurso ou pensamento. Comportamento catatônico, excitação/agitação, flexibilidade cêrea, mutismo ou estupor;
- Sintomas, “negativos” como apatia marcante, discurso pobre, embotamento ou incongruência afetiva/emocional que leva a retraimento social e diminuição do desempenho social (esses não devem ser confundidos com depressão ou com efeitos de neurolépticos).

Diagnóstico diferencial:

Se o paciente também satisfaz os critérios para episódio maníaco ou episódio depressivo, os critérios listados no Grupo A e B acima, devem ter sido satisfeitos antes que a perturbação do humor se desenvolvesse.

O diagnóstico diferencial com transtornos afetivos com sintomas psicóticos (depressão e transtorno afetivo bipolar) é de extrema importância, devido ao curso e tratamento bastante distintos.

O transtorno não deve ser atribuível a doença cerebral orgânica, a intoxicação, dependência ou abstinência relacionada a álcool ou drogas.

Tratamento medicamentoso:

O tratamento medicamentoso deve ser conjugado com outras medidas terapêuticas como orientações psicoeducacionais, psicoterapias e terapia ocupacional, conforme a indicação específica de cada caso.

Em fases agudas tem-se como principal objetivo a remissão dos sintomas psicóticos. A maioria dos pacientes requer uso contínuo da medicação ao longo da vida como medida profilática para a ocorrência de novos surtos psicóticos e progressiva deterioração do quadro. Habitualmente o tratamento agudo requer doses mais altas que a dosagem de manutenção, quando o quadro estiver estabilizado.

Usados em doses equivalentes, todos os antipsicóticos tem eficácia semelhante, com a possível exceção da clozapina, que, no entanto, deve ser usado para casos refratários. Assim, o perfil de efeitos colaterais é um dos parâmetros para a escolha do antipsicótico.

Para o tratamento de esquizofrenias refratárias, deverá se seguido o protocolo do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a prescrição dos antipsicóticos de Medicamentos Excepcionais – risperidona, clozapina, quetiapina, olanzapina e ziprasidona.

O Decanoato de Haloperidol é indicado para pacientes com má aderência ao tratamento e história de recaídas freqüentes.

O Biperideno é indicado para tratamento de efeitos extrapiramidal secundário ao uso do antipsicótico, e recomenda-se o uso somente após início de algum efeito extra-piramidal. O tempo de uso deve ser reavaliado ao longo do tratamento, geralmente o uso é provisório.

Nível I:

Haloperidol - 5 a 15 mg/dia

Haloperidol solução 4% - 10 gotas equivalem a 1 mg

Decanoato de haloperidol – 1 ampola a cada 4 semanas corresponde a 2,5 mg da
dosagem VO ao dia.

Clorpromazina - 400 a 600 mg/dia.

- ◆ Perigo de hipotensão postural. Recomenda-se iniciar o tratamento com 50 mg de manhã e 100 mg à noite;
- ◆ Esta dose pode ser necessária em quadros esquizofrenicos mais resistentes, porém o aumento da dose deve ser progressivo.

Biperideno - 2 a 6 mg/dia

Nível II:

Indicação no caso de má resposta ou efeitos extrapiramidais importantes com antipsicóticos do Nível I:

Tioridazina - 200 a 800 mg/dia – pode iniciar com 50 mg ao dia e aumentar gradativamente.

2 – TRANSTONO AFETIVO BIPOLAR (F31):

Este transtorno é uma doença mental grave, crônica, recorrente e incapacitante. Enquanto alguns raros indivíduos podem experimentar somente um único episódio de mania e depressão em suas vidas, mais de 05% das pessoas com este tipo de transtorno tem episódios recorrentes de depressão e mania ao longo de suas vidas. E a probabilidade de experimentar novos episódios aumenta a cada episódio subsequente, apesar do tratamento.

Há também evidências que o tempo entre os episódios diminui durante o curso da doença, isso significa que estes indivíduos passarão mais tempo doentes e menos tempo bem, enquanto o transtorno progride.

É uma doença crônica que se caracteriza por ciclos recorrentes de mania e depressão, que podem ocorrer em graus variados de intensidade e duração.

Prevalência:

Estimada entre 0,5 e 1% ao ano, com início predominante na década dos 20 anos.

Evolução / Prognóstico:

Os episódios de depressão ou de mania melhoram por completo com medicamentos, e futuros episódios podem ser evitados através da manutenção do tratamento. Do contrário, aspectos profissionais, econômicos e pessoais dos portadores podem ser acometidos.

Diagnóstico:

A mania é caracterizada por elevação do humor, euforia, hiperatividade, diminuição da necessidade de sono, fala excessiva, hipersexualidade, idéias de grandeza com prejuízo da crítica e do julgamento. Pode levar a gastos excessivos e indiscrição social.

Quanto ao humor é predominantemente irritável, o paciente se torna hostil e, às vezes, violento frente à imposição de limites ou aconselhamento. Em casos mais graves o paciente em mania se torna francamente psicótico com intensa agitação, delírios persecutórios, místicos e de grandeza.

Os estados de hipomania diferenciam-se dos maníacos por maior intensidade dos sintomas e ausência de sintomas psicóticos.

A depressão caracteriza-se por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, desânimo, crises de choro, baixa auto-estima, pessimismo, dificuldade de concentração, sentimento de culpa e idéias de suicídio.

Diagnóstico diferencial:

O diagnóstico diferencial dos quadros de mania é feito com a esquizofrenia e distúrbios induzidos pelo uso de drogas.

Tratamento Medicamentoso:

Na tentativa de controlar o curso dessa doença, é indicado o tratamento farmacológico. Podendo com isto não eliminar completamente as recorrências de mania e depressão, mas pode diminuir a freqüência, duração e gravidade dos episódios de mania e depressão, diminuindo o sofrimento do paciente, a hospitalização e o custo, melhorando seu funcionamento psicossocial.

O tratamento do transtorno afetivo bipolar é feito com estabilizadores de humor. Seu uso deve ser feito tanto durante a fase aguda como nos intervalos livres de sintomas. A terapia de manutenção é geralmente feita por tempo indeterminado.

A recorrência de fases agudas requerem uma revisão das dosagens dos estabilizadores do humor, cujo controle deve ser feito regularmente através de dosagens séricas.

Nos episódios depressivos podem ser utilizados antidepressivos com acompanhamento cuidadoso e por curto espaço de tempo (por volta de 6 meses), pois podem, desencadear ciclagem para a mania. Principalmente os tricíclicos, os episódios depressivos podem ser tratados apenas com estabilizadores de humor.

Nível I:

Haloperidol - 5 a 15 mg/dia – apenas em casos que haja sintomas psicóticos. Uso breve – quando o paciente sair da crise manter apenas o estabilizador.

Carbamazepina - 400 a 800 mg/dia

Carbonato de Lítio – 900 a 1200 mg/dia (a litemia periódica é necessária para evitar a intoxicação e sub-doses).

Imipramina – 75 – 150 mg/dia

Nível II:

Ácido Valpróico - 750 a 1.500 mg/dia

Fluoxetina – 20 – 60 mg/dia

Efeitos Colaterias:

- Lítio: acne, aumento do apetite, aumento de peso, fezes amolecidas, gosto metálico, náuseas, polidipsia, poliúria, tremor fino, convulsão e outros.
- Carbamazepina: ataxia, diplopia, dor epigástrica, náuseas, prurido, sonolência, tontura, agranulocitose, dermatite, diplopia, sedação e hepatotoxicidade.

3 – TRANSTORNOS DEPRESSIVOS(F32 ou F33):

Caracteriza-se sintomatologicamente por humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida, levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. Ainda, cansaço marcante com esforços leves e comum.

Outros sintomas:

- concentração e atenção diminuídas;
- auto-estima e autoconfiança reduzidas;
- idéias de culpa e inutilidade (mesmo em um episódio de depressão leve);
- visão desolada e pessimista da vida, do passado e do futuro;
- sono perturbado;
- apetite (alimentar e sexual) diminuído;

Alguns dos sintomas, acima pode ser mais marcantes e ter uma significação clínica especial, como os chamados sintomas “somáticos”:

- perda do interesse por ambiente e fatos que normalmente dariam prazer a seu portador;
- acordar algumas horas antes do horário habitual;
- lentidão psicomotora;
- tristeza ou depressão maior pela manhã;
- perda marcante de apetite, de peso e do libido;
- na depressão ansiosa pode haver polifagia com aumento ponderado.

Tipos de Depressão:

Apesar de os sintomas enumerados acima poderem estar presentes em qualquer tipo de depressão ou tristeza, é fundamental se distinguir o tipo, a etiologia ou a natureza da depressão para melhor se conduzir o tratamento, priorizando-se entre o psicoterápico e o medicamentoso.

Em resumo, há três tipos de depressão ou tristeza:

1. Estado depressivo ou tristeza natural, que faz parte da vida de todas as pessoas, para o qual se arranjam sempre meios espontâneos de se resolver.

2. Transtornos depressivos, cujos fatores são psicossociais, mas que os sintomas podem durar até seis meses, com prejuízo das atividades sociais e do trabalho e que demandarão sempre um cuidado técnico. Esse transtorno é responsável por aproximadamente 2/3 das depressões. Deverá, neste caso, ser dada prioridade ao cuidado psicoterápico. A diferença do tipo seguinte é que o fator psicossocial deflagrador está sempre presente na sintomatologia referida.

3. Transtorno depressivo de etiologia genético/biológico/constitucional (depressão endógena). Diferente do tipo anterior não há fatores psicossociais deflagradores. Admite quatro subtipos:

a. Depressão recorrente que poderá ser sempre isolada ou vir acompanhada com episódios de excitação/mania/hipomania. Neste caso deverá ser diagnosticada e tratada como transtorno bipolar do humor e poderá atingir até estados de intensidade psicótica com delírios e alucinações. A prioridade deve ser dada ao tratamento medicamentoso.

b. Ciclotimia – transtorno persistente caracterizado pela instabilidade do humor, com períodos de depressão e excitação leve. Aparece no início da vida adulta, tem um curso crônico e pode ter períodos de normalidade que dura alguns meses. Como os graus das alterações são leves, os episódios de hipomania são até desagradáveis e úteis, o diagnóstico carece de melhor observação da história do usuário. A prioridade deve ser dada ao tratamento medicamentoso.

c. Distímia também um transtorno persistente do humor, de gravidade leve a moderada. Há períodos em que os pacientes se acham bem, mas descrevem outros períodos de duração de meses, onde se referem cansados e deprimidos. De modo geral mantém suas atividades, com um rendimento menor e uma qualidade de vida que poderia ser melhor. Seu início é precoce e o curso crônico. Os tratamentos medicamentosos e psicoterápicos são igualmente prioritários.

d. Transtornos depressivos transitórios por disfunção fisiológica (pré-menstruais, de puerpério, de meno e andropausa e por outros hormônios e substâncias endógenas ou exógenas. A prioridade deve ser dada ao tratamento medicamentoso, quer de clínica geral, quer de psiquiatria, a depender do caso.

Prevalência:

A prevalência anual é estimada em 2,6%, predominando em mulheres. Estima-se que a prevalência da depressão na população geral em qualquer época da vida, é de cerca de 5% e cerca de 1/3 das pessoas em qualquer momento das suas vidas, virá a sofrer um ou mais episódios depressivos.

Evolução / Prognóstico:

A depressão pode se manifestar apenas como um episódio depressivo ao longo da vida e remitir espontaneamente. Entretanto, a recorrência dos episódios depressivos costuma ser a regra: o risco de um segundo episódio é de aproximadamente 50% e o de um quarto episódio chega a 90%. A depressão crônica representa de 12% a 35% dos transtornos depressivos.

Vários estudos revelam que mais de 50% dos casos de depressão em clínica geral não são diagnosticados, e dos casos identificados, cerca de 50% estão submedicados.

As taxas de recaída (descontinuação precoce de terapêutica antidepressiva) e de recorrência (após tratamento do episódio agudo) são elevados, atingindo 75% nos 5 anos.

Diagnóstico:

A depressão pode ser diagnosticada como um episódio (F32) ou como um transtorno recorrente (F33). Existem graus diferentes de depressão: leve, moderado ou grave.

Em episódios depressivos mais graves, podem existir sintomas psicóticos. Os delírios costumam ter conteúdo de ruína, culpa ou doenças físicas, embora nem sempre congruentes com o humor deprimido. As alucinações são geralmente vozes de acusação ou odor de matéria apodrecida.

O diagnóstico dos pacientes com depressão passa pela identificação dos sintomas-chave. Os doentes com este sintomas responderão, em larga percentagem, de modo efetivo ao tratamento antidepressivos.

O termo depressão abrange desde uma pequena alteração do humor que é comum e afeta, de vez em quando, quase todas as pessoas, até um distúrbio grave.

Sintomas fundamentais:

- Humor deprimido (que nos casos mais graves podem ser acompanhados de crises de choro e sentimentos profundos de tristeza);
- Perda do interesse ou do prazer nas atividades habituais.
- Fatigabilidade.

Sintomas associados que estão freqüentemente presentes são:

- perturbação do sono (insônia ou hipersônia);
- sentimento de desvalorização ou de culpa excessiva;
- fadiga ou diminuição da energia;
- dificuldade de concentração ou indecisão;
- perturbação do apetite (aumento ou diminuição do apetite ou do peso);
- pensamentos recorrentes de morte ou de suicídio;

- lentidão ou agitação psicomotora;
- sintomas de ansiedade ou nervosismo frequentemente presentes.

Classificação Quanto à Gravidade dos Episódios Depressivos:

Episódio Leve – dois sintomas fundamentais + dois sintomas associados;

Episódio Moderado – dois sintomas fundamentais + três a quatro associados;

Episódio Grave – três sintomas fundamentais + cinco associados ou mais.

Co-Morbidades:

- Abuso de substâncias;
- Demências;
- Luto;
- Deficit de atenção e hiperatividade;
- Outras doenças clínicas.

Diagnóstico Diferencial:

Episódios depressivos devem ser diferenciados de transtornos de humor secundários a doenças não-psiquiátricas ou induzidos pelo uso de drogas, transtorno bipolar misto, outros transtornos depressivos, demência, reações de luto e de ajustamento.

Tratamento Medicamentoso:

A nível dos cuidados de saúde primário, muitos doentes deprimidos fazem uso de doses subterapêuticas de antidepressivos, quer porque os médicos assim o prescrevem, quer porque os próprios pacientes não cumprem as doses corretas.

São vários os estudos que mostram que 52% dos médicos e 16% dos psiquiatras administram doses subterapêuticas aos seus doentes com depressão.

O tratamento com antidepressivos durante vários meses após remissão do episódio depressivo, reduz significativamente a recaída e a recorrência. Estudos prospectivos sobre a evolução da depressão, realizados durante 5 anos, demonstram que 28% dos doentes tiveram recorrência dos sintomas no espaço de um ano, e 62% a 75% em 5 anos.

O potencial de recaídas deverá ser minimizado através da manutenção do tratamento por 4 a 6 meses, pois o risco de futuros episódios depressivos com a descontinuação precoce do tratamento, aumenta na proporção dos episódios passados.

Os episódios costumam responder bem ao tratamento medicamentoso, psicoterapêutico ou à combinação de ambos, com o objetivo de remissão completa dos sintomas.

São necessárias de 2 a 3 semanas para o antidepressivo, em dose terapêutica, começar a atuar, e o efeito completo pode demorar até 6 semanas.

Qualquer que seja o medicamento escolhido, após a remissão completa dos sintomas, o tratamento deverá ser mantido por um período de 6 meses a um ano. A partir do terceiro episódio depressivo, recomenda-se a manutenção do tratamento por tempo indeterminado.

Em caso de delírio ou alucinações, associar antipsicótico em dose baixa (equivalente a 25 a 10 mg/dia de clorpromazina) e retirá-lo após remissão desses sintomas.

A Nortriptilina difere dos outros tricíclicos porque provoca menos efeitos anticolinérgicos e hipotensão postural, o que a torna mais segura para idosos.

Nível I:

Amitriptilina - 75 a 200 mg/dia

Imipramina - 75 a 200 mg/dia

Nível II:

Fluoxetina - 20 a 60 mg/dia

Clomipramina - 75 a 200 mg/dia

Nortriptilina - 50 a 100 mg/dia

Efeitos Colaterais:

- Antidepressivos tricíclicos (Clomipramina e Nortriptilina): boca seca, obstipação intestinal, hipotensão postural, ganho de peso, tontura, sedação, alopecia. Risco de arritmia cardíaca – contra indicado em pacientes com alterações ECG.

4- TRANSTORNOS OBSESSIVO COMPULSIVO (F42):

Este transtorno é crônico e heterogêneo, caracterizado por pensamentos, idéias ou imagens intrusivas, em geral desagradáveis ou ameaçadoras (obsessões), que irrompem involuntariamente na consciência do indivíduo, causando-lhe sofrimento e ansiedade. Estas obsessões freqüentemente são acompanhadas por atos repetitivos e estereotipados realizados no sentido de aliviá-los (compulsão).

Os transtornos neuróticos decorrem de mecanismos diversos: hereditários, psicológicos, disfunção ou lesão, alteração bioquímica, etc, que resultam em prejuízo funcional e sofrimento consideráveis para o sujeito, que mantém-se orientado e com juízo de realidade conservado.

Caracteriza-se pela ocorrência de obsessões e compulsões, que limitam a vida da pessoa, causam grande sofrimento subjetivo e interferem em suas atividades sociais e de trabalho.

Pensamentos obsessivos:

- são idéias, sentimentos ou imagens que entram na mente do indivíduo repetidamente, de uma forma estereotipada e recorrente;
- preocupação com limpeza, simetria, ordem ou exatidão, números de sorte ou azar, medo de que possa morrer, idéias de pecado e sexual perversa.

Atos compulsivos:

- atos ou rituais conscientes, estereotipados e recorrentes como contar, verificar ou evitar que se repetem muitas vezes;

- compulsão de lavar as mãos, tomar banho, rituais repetitivos: sentar e levantar, pisar só em pedras brancas, etc. Verificar insistentemente portas, tocar, contar e colecionar objetos;
- os pensamentos e/ou impulsos devem ser reconhecidos como do próprio paciente;
- paciente usa a compulsão para se ver livre do pensamento obsessivo;

Prevalência:

Acomete cerca de 2,5% da população em geral, sendo considerado o quarto diagnóstico psiquiátrico mais freqüente, e a incidência é maior em classes sociais baixas, entre indivíduos com conflitos conjugais, divorciados ou separados e desempregados. É igual entre homens e mulheres, mas é maior em adolescentes masculinos (75%). Os primeiros sintomas aparecem mais freqüentemente na infância ou na adolescência.

Evolução / Prognóstico:

O início da doença ocorre predominantemente ao redor dos 20 anos, mas há relatos da presença de sintomas em crianças de até 2 anos.

Este transtorno limita a vida das pessoas e causa grande sofrimento subjetivo e interfere nas suas atividades pessoais, laborativas e sociais. Seu curso geralmente é crônico.

Diagnóstico:

Os sintomas devem estar presentes por pelo menos 2 semanas consecutivas e ser uma fonte de angústia ou interferência nas atividades, sendo reconhecidos como pensamentos ou ato que ainda é resistido, sem sucesso; o ato não deve ser em si prazeroso e os pensamentos, imagens ou impulsos devem ser desagradavelmente repetitivos.

Diagnóstico diferencial:

Este transtorno deve ser diferenciado das fobias, síndrome de Tourette e de sintomas associados à esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos.

Tratamento Medicamentoso:

Embora a etiologia deste transtorno não tenha sido esclarecida, sabe-se que hoje, a maioria de seus portadores se beneficia com tratamentos farmacológicos, terapia comportamental ou da combinação de ambos.. Quando adequadamente tratados, pelo menos três meses e períodos prolongados de manutenção, com doses em geral maiores que aquelas usadas no tratamento da depressão, pelo menos 2/3 dos pacientes obtém melhora significativa.

A resposta aos antidepressivos pode demorar até 6 semanas e deve-se manter esta medicação por pelo menos 6 meses, com retirada gradual.

Pode ocorrer aumento da ansiedade no início do tratamento, o que requer orientação do paciente, doses iniciais baixas e sua elevação lenta.

O tratamento inclui antidepressivos. Quando presentes sintomas psicóticos usam-se antipsicóticos. Caso ocorra ansiedade associa-se Benzodiazepínicos, durante um tempo limitado.

Os benzodiazepínicos podem ser usados como adjuvantes no início do tratamento, evitando seu uso por mais de 2 semanas. Para evitar possível dependência benzodiazepínica, pode-se usar com segurança, o antipsicótico Clorpromazina em baixa dosagem – 10 a 25 mg, principalmente no horário noturno.

Nível II:

Fluoxetina - 20 a 80 mg/dia

Clomipramina - 75 a 200 mg/dia - em casos mais graves e resistentes associar antipsicótico em doses baixas.

Clonazepan - 2 a 6 mg/dia

5 – TRANSTORNO DO PÂNICO (F40.0 e F41.0):

Este transtorno é uma doença crônica e está associado a uma importante morbidade e prejuízo na qualidade de vida do paciente.

A etiologia do transtorno do pânico é provavelmente multifatorial, incluindo fatores genéticos, biológicos, cognitivos-comportamentais e psicossociais, que contribuem para o aparecimento de sintomas de ansiedade, muitas vezes durante a infância, e com manifestações variáveis durante o ciclo vital.

Fobia: medo excessivo imensurável de um objeto ou situação. Comportamento de esquiva em relação ao objeto temido. Grande ansiedade antecipatória quando próximo ao objeto. Ausência de ansiedade quando longe da situação fóbica.

Agorafobia: medo de lugares abertos (medo de passar mal e não ter socorro fácil e imediato). A ansiedade está restrita pelo menos em 2 destes sintomas: multidões, lugares públicos, viajar sozinho e para longe de casa. Pode acontecer com ou sem transtorno de pânico e é o mais incapacitante dos transtornos fóbicos.

Fobia Social: Medo patológico de comer, beber, tremer, enrubescer, falar, escrever, enfim, de agir de forma ridícula na presença de outras pessoas. Diferente do ataque de pânico, que dura apenas alguns minutos, o fóbico social sofre antecipadamente e durante a exposição (angústia, insônia, anorexia e falta de concentração).

Características:

- a ansiedade deve ser restrita em situações sociais;
- evitar situações fóbicas deve ser dominante;

Transtorno de Pânico: ataque de ansiedade aguda e grave, de aparecimento imprevisível, espontâneo e recorrente.

Sintomas: dispnéia, sensação de asfixia e de desmaio, vertigem, palpitações, tremores, sudorese, náuseas, desconforto abdominal, despersonalização, parestesias, ondas de calor ou frio, dor e/ou desconforto no peito. Medo de morrer e ou enlouquecer (crises que duram geralmente minutos). Sintomas depressivos também são freqüentes (80% dos casos).

Complicações: agorafobia, hipocondria, desavenças conjugais, dificuldades financeiras, abuso de álcool/drogas e suicídio.

Prevalência:

A prevalência anual é estimada em 1%. Mais freqüente em mulheres, geralmente se inicia na terceira década de vida.

Evolução / Prognóstico:

Muitos pacientes desenvolvem um medo da repetição das crises que os leva a evitar situações e lugares onde essas já ocorreram, ou de onde seja difícil ou embaraçoso sair no caso de crise (agorafobia). Essa evolução pode ser bastante

incapacitante para o paciente. Apesar da resposta ao tratamento ser boa, a tendência à recorrência ao longo da vida é alta.

Diagnóstico:

As crises podem ocorrer com ou sem desencadeantes, atingem o pico de intensidade em poucos minutos e raramente ultrapassam ½ hora de duração. Além do intenso medo de morrer ou perder o controle, uma variedade de sintomas somáticos pode ser relatada: taquicardia, palpitações, dispnéia, dor torácica, tremores, sudorese, tontura, náuseas, ondas de calor e parestesias.

Diagnóstico diferencial:

Primeiramente, devem ser excluídas patologias não-psiquiátricas como arritmias, doença coronariana, asma e tireotoxicose. É freqüente a sobreposição de quadros depressivos, ansiedade generalizada e abuso/dependência de álcool e de benzodiazepínicos.

Tratamento Medicamentoso:

Nível I:

Imipramina - 50 a 250 mg/dia

Diazepan - 5 a 20 mg/dia – para evitar possível dependência benzodiazepínica, pode-se usar com segurança, o antipsicótico Clorpromazina em baixa dosagem – 10 a 25 mg, principalmente no horário noturno.

Nível II:

Fluoxetina - 20 a 60 mg/dia

Clomipramina - 50 a 150 mg/dia

Clonazepan - 2 a 6 mg/dia - para evitar possível dependência benzodiazepínica, pode-se usar com segurança, o antipsicótico Clorpromazina em baixa dosagem – 10 a 25 mg, principalmente no horário noturno.

6 – TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL E DROGAS (F10 E F19):

A magnitude do problema do uso indevido de álcool e drogas, verificada na últimas décadas, ganhou proporções tão grandes, que hoje é um desafio da saúde pública no país. Além disso, este contexto também é refletido nos demais segmentos da sociedade por sua relação comprovada com os agravos sociais, tais como: acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade.

O álcool é a droga psicoativa mais utilizada em todo o mundo, sendo o alcoolismo de longe, a mais freqüente das toxicomanias. A dependência do álcool é um transtorno mental cujos sintomas são fortes, persistentes e com conseqüências nocivas.

No começo a pessoa bebe com uma certa variabilidade. À medida que fica mais dependente, começa a beber todos os dias, e quando a dependência chega ao clímax, bebe logo ao acordar e continua bebendo durante todo o dia, mesmo quando trabalhando.

Na prática clínica, muitas vezes o profissional da saúde encontra pacientes com uso de alguma substância psicoativas, por força das peculiaridades que envolvem as dependências químicas, ele enfrentará uma carga extra de aspectos culturais e

contextuais envolvidos. Talvez, de todas as patologias psiquiátricas, os fatores biopsicossociais são todos equivalentes e de extrema importância no quadro.

Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela sintomatologia e gravidade, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas por um médico, ou não.

Os transtornos relacionados a substâncias são divididos em transtornos por uso de substância (dependência e abuso) e transtornos induzidos por substância (intoxicações e abstinência, transtornos psicóticos, de ansiedade, do humor e demência).

A sintomatologia inicialmente os sintomas são de ansiedade, insônia e irritabilidade, que podem não ser atribuídos ao uso de álcool ou drogas. Os sintomas de abstinência mais marcantes como o tremor intenso e alucinações só ocorrem nas fases mais graves da dependência. No início, esses sintomas são leves, intermitentes e causam muita pouca incapacidade. Podem ocorrer outras alterações sintomáticas como convulsões, amnésia- Alcoólica, delirium tremens, podendo evoluir para quadros de demência.

Prevalência:

A prevalência de dependência de álcool é 4,5%/ ano, de tabaco é 32%/ ano e de outras drogas é 0,6%/ ano. As drogas mais usadas, segundo a frequência, são álcool, tabaco, inalantes, maconha, medicamentos (tranqüilizantes e anfetamínicos) e cocaína. Numerosos usuários de drogas consomem mais de um tipo de substância psicoativa.

A Organização Mundial de Saúde estima que a prevalência esteja em torno de 10 a 13% da população, constituindo-se como o segundo problema de saúde pública mais importante do mundo. O alcoolismo é um dos diagnósticos mais frequentes nas internações psiquiátricas (no Brasil está em torno de 18% dos pacientes hospitalizados), sendo uma das 5 causas mais importantes de afastamento do trabalho.

Evolução / Prognóstico:

O prognóstico é variável e dependente do envolvimento do indivíduo com a droga. As dependências são consideradas como de pior prognóstico, pois numerosos estudos de avaliação da eficácia dos tratamentos apontam a recuperação de apenas 30% dos pacientes em média. Isso enfatiza a necessidade de comprometimento amplo da sociedade para a prevenção, pois o ônus é maior quando o problema se torna individual.

Diagnóstico:

A identificação da substância psicoativa deve ser feita a partir de todas as fontes de informação possíveis, estas compreendem: informações fornecidas pelo próprio sujeito, as análises de sangue e de outros líquidos corporais, os sintomas físicos e psicológicos característicos, os sinais e os comportamentais, drogas achadas com o paciente e relatos de terceiros bem informados.

A dependência de substâncias se caracteriza por um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por tolerância (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado e acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância) e por abstinência (a mesma substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência).

Além disso, a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido, existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância e muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização desta, ou na recuperação de seus efeitos.

Ocorre também que importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância, que continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Gravidade da Síndrome da Abstinência:

Estado	Nível I – Leve ou Moderada	Nível II - Grave
Físico	Leve agitação psicomotora, tremores finos de extremidades, sudorese facial discreta, relata episódios de cefaléia, náuseas sem vômitos, sensibilidade visual e sem alteração da sensibilidade tátil e auditiva.	Agitação psicomotora intensa, tremores generalizados, sudorese profusa, com cefaléia, náuseas com vômitos, hipersensibilidade visual, convulsões recentes ou descritas a partir da história pregressa, <i>Delirium tremens</i> .
Psicológico	O contato com o profissional de saúde está preservado. Encontra-se orientado temporo-espacialmente, o juízo crítico da realidade está mantido, apresenta uma ansiedade leve, não relata qualquer episódio de violência auto ou hetero-dirigida.	O contato com o profissional de saúde está alterado, encontra-se desorientado no tempo e no espaço, o juízo crítico da realidade está comprometido, apresenta uma ansiedade intensa com episódio de violência auto ou hetero dirigida, apresenta-se delirante, com o pensamento descontinuo rápido e de conteúdo desagradável, observam-se alucinações táteis e/ou auditivas.
Social	Refere estar morando com familiares ou amigos, com os quais se relaciona regular ou adequadamente; atividade produtiva	Refere estar morando só ou com familiares ou amigos, mas este relacionamento está ruim, tem estado desempregado ou

	moderada mesmo que atualmente esteja desempregado, rede social ativa.	impossibilitado de desenvolver atividade produtiva, a rede social é inexistente ou apenas se restringe ao ritual de uso da substância.
Comorbidades	Sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas detectadas ao exame geral.	Com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas detectadas ao exame geral.

Delirium tremens – psicose orgânica aguda que constitui emergência médica e se inicia, geralmente, após 24 a 72 horas de abstinência do álcool. Inicialmente se observam inquietude, agitação psicomotora e tremores. Na evolução ocorrem desorientação, obnubilação, alucinações visuais, taquicardia, hiper ou hipotensão arterial, sudorese profusa e hipo ou hipertermia.

Diagnóstico Diferencial:

O uso de substâncias psicoativas pode ser confundido com manifestações neurológicas resultantes de outras condições médicas e precisa, ainda, ser diferenciado de outros transtornos mentais como demência, transtorno psicóticos, de ansiedade e do humor.

Tratamento Medicamentoso:

* A Tiamina deve ser administrada a todos os paciente no início do tratamento, pois previne a encefalopatia de Wernicke e a Síndrome de Wernicke-Korsakoff. A dose é 300 mg/dia, via oral, por 30 dias.

* O Diazepam e Clonazepam são utilizados para o controle dos sintomas de abstinência, prevenindo ou controlando o *Delirium*. A dose a ser administrada por via oral, nos 3 primeiros dias, deve ser baseada na quantificação da síndrome de abstinência. A partir do 4º dia, reduzir progressivamente, de forma que seja retirado completamente num prazo máximo de 3 semanas para evitar dependência.

* A Carbamazepina embora seja eficaz para sintomas de abstinência leves, moderados e possa ser utilizada em situações especiais, como abstinência para benzodiazepínicos, agitação psicomotora e irritabilidade extrema, é importante lembrar que a Carbamazepina não previne o *delirium*.

* O Haloperidol tem alguma eficácia no controle dos sintomas, mas não deve ser usado como monoterapia, pois não reduzem o risco de *delirium tremens* e aumentam o de convulsões.

* É recomendável o uso de antidepressivo devido o aparecimento de quadro depressivo na abstenção de álcool e drogas.

Nível I:

Amitriptilina - 75 a 150 mg/dia

Carbamazepina - 200 a 800 mg/dia

Diazepam - 10 a 60 mg/dia com retirada gradual

Haloperidol - 5 a 10 mg/dia – caso haja sintoma psicótico.

Tiamina - dose única 300 mg

Nível II:

Clonazepan - 2 a 6 mg/dia com retirada gradual.

RESUMO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS

Transtorno	Medicamentos	Forma de Apresentação	Posologia (mg/dia)	Nível de Escolha
ESQUIZOFRENIA	Haloperidol	Comp. 5 mg	5 a 15	I
	Haloperidol	Sol. 4%	10 gts = 1 mg	I
	Haloperidol decanoato	Ampola 40 mg	50 mg cd 30 dias	I
	Clorpromazina	Comp. 25 mg	400 a 600	I
	Clorpromazina	Comp. 100 mg	400 a 600	I
	Biperideno	Comp. 2 mg	2 a 6	I
	Tioridazina	Comp. 100 mg	200 a 800	II
TRANSTORNO BIPOLAR	Haloperidol	Comp. 5mg	5 a 15	I
	Carbamazepina	Comp. 200 mg	400 a 800	I
	Carbonato Lítio	Comp. 300 mg	900 a 1.200	I
	Imipramina	Comp. 25 mg	75 a 200	I
	Ácido Valpróico	Cáps. 250 mg	750 a 1.500	II
	Fluoxetina	Comp. 20 mg	20 a 60	II
	Amitriptilina	Comp. 25 mg	75 a 200	I

TRANSTORNO DEPRESSIVO	Imipramina	Comp. 25 mg	75 a 200	I
	Fluoxetina	Comp. 20 mg	20 a 60	II
	Clomipramina	Comp. 25 mg	75 a 200	II
	Nortriptilina	Comp. 25 mg	50 a 100	II
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO	Fluoxetina	Comp. 20 mg	20 a 80	II
	Clomipramina	Comp. 25 mg	75 a 200	II
	Clonazepan	Comp. 2 mg	2 a 6	II
TRANSTORNO PÂNICO	Imipramina	Comp. 25 mg	50 a 250	I
	Diazepan	Comp. 5 mg	5 a 20	I
	Fluoxetina	Comp. 20 mg	20 a 60	II
	Clomipramina	Comp. 25 mg	10 a 150	II
	Clonazepan	Comp. 2 mg	2 a 6	II
USO DE ÁLCOOL E DROGAS	Amitriptilina	Comp. 25 mg	75 a 150 mg/dia	I
	Carbamazepina	Comp. 200 mg	200 a 800	I
	Diazepan	Comp. 5 mg	10 a 60	I
	Haloperidol	Comp. 5 mg	2 a 10	I
	Tiamina	Comp. 300 mg	300/mês	I
	Clonazepan	Com. 2 mg	2 a 6	II

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4 e. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIULIANI, E. R. J. et Al. Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. Porto alegre: Artes Médicas, 1996.

FLECK, M. P. A.; Diretrizes para o tratamento da Deperessão, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2001.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry, 8 ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1997.

LARANJEIRAS, R.; NICASTRI, S.; JERÔNIMO, C.; MARQUES, A. M. et. Al. Consenso sobre a síndrome de anstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. JBDQ, 2000; 1:5-16.

Programa Estadual de Assistência Farmacêutica na área de Saúde Mental – Dose Certa – Saúde Mental – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2002.

Programa Estadual de Medicamentos Essenciais da Área de Saúde Mental I – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2003.

Protocolo Integrado – Saúde Mental em Curitiba, 2002.