

Material didático da saúde mental

Capítulos

- Transtornos do humor (unipolares), de ansiedade e alimentares
- Transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas
- Psicose
- Epilepsia e transtorno bipolar do humor
- Emergências
- Alertas de problemas na efetividade e/na segurança do tratamento medicamentoso

Elaborado por:

Letícia Maria Furlanetto (responsável)
Sonia Augusta Leitão Saraiva
Daniel Gomes Silva
André Rosito Marquardt
Ana Paula Werneck de Castro

Florianópolis
Agosto, 2009

Material Teórico

Introdução

A prescrição medicamentosa é um ato complexo. Diversos fatores estão envolvidos nesta ação, muitas vezes de maneira conflituosa. É fundamental o conhecimento do medicamento, do seu mecanismo de ação, suas indicações, reações adversas, o tempo que o medicamento precisa para fazer efeito, as providências a serem tomadas para reduzir quaisquer efeitos adversos que possam ocorrer, as doses adequadas e como atingi-las, o tempo de uso e como fazer a retirada. Não menos importante é que os pacientes e familiares sejam informados sobre estas questões relativas aos medicamentos, incluindo o que esperar destes e como proceder no caso do aparecimento de reações adversas, o que aumenta a segurança e a aderência ao tratamento. Contudo, o cuidado de pessoas é um ato ainda mais complexo que vai além da prescrição de medicamentos. Por esse motivo, embora neste curso o objetivo principal seja o treinamento dos prescritores dos psicofármacos fornecidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), serão abordadas também, de forma sucinta, outras medidas (não farmacológicas) que devem ser associadas a estes, para que ocorra um tratamento de qualidade.

Transtornos do humor (unipolares), de ansiedade e alimentares

Alcances e limites dos antidepressivos

Estudos randomizados controlados mostraram benefício de antidepressivos nos transtornos do humor, nos transtornos de ansiedade (pânico, transtorno obsessivo compulsivo, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático), na anorexia nervosa (após o restabelecimento de peso, prevenindo recaídas) e na bulimia nervosa. Além disso, os antidepressivos tricíclicos são eficazes no tratamento da dor neuropática, independentemente da existência de sintomas de depressão ou ansiedade. A **Tabela 1** mostra as classes dos antidepressivos fornecidos pela PMF, especificando os neurotransmissores envolvidos, faixa terapêutica e efeitos colaterais esperados.

Tabela 1. Neurotransmissores envolvidos, faixa terapêutica e efeitos colaterais dos antidepressivos

Antidepressivo	Neurotransmissores			Faixa terapêutica mg/dia	Efeitos colaterais					
	NA*	5-HT*	DA*		Ach*	Hipotensão postural*	Risco cardíaco*	Sedação	Ganho de peso	Disf. sexual*
Tricíclicos										
Amitriptilina	++	++	0	75-300	+++	+++	+++	+++	+++	+
Imipramina	+	++	0	75-300	++	+++	++	++	++	+
Nortriptilina	++	+/-	0	50-150	++	+	++	++	+	+
ISRS*										
Fluoxetina	0	++	0	20-60	+/-	0	0	0	0	++
Sertralina	0	++	0	50-200	+/-	0	0	0	0	++
Dopaminérgico										
Bupropiona†	+/-	0	++	150-300	0	0	†	0	0	0

* Abreviaturas:

NA=noradrenalina; 5-HT=serotonina; DA=dopamina;

Ach = efeito anticolinérgico (boca seca, visão borrada, aumento da pressão intra-ocular, constipação, retenção urinária, taquicardia e confusão mental);

Risco cardíaco = aparecimento/agravamento de distúrbios de condução e arritmias;

Disfunção sexual = diminuição da libido, anorgasmia, retardo na ejaculação;

ISRS= Inibidores seletivos da recaptção da serotonina → Recomenda-se cautela sobretudo com a fluoxetina, pois pode interagir com diversas medicações (p.ex. b-bloqueadores, antiarrítmicos) por inibição do citocromo P450 2D6, levando a aumento dos níveis séricos dessas substâncias.

† A bupropiona pode levar a um aumento da pressão arterial e crises convulsivas em indivíduos predispostos e/ou com o aumento da dose.

+/- = mínimo;+ = pouco;++ = moderado;+++ = acentuado

Dificuldades

Na atenção primária, muitos indivíduos apresentam uma associação de sintomas ansiosos, depressivos e queixas somáticas, além de relatarem de dificuldades sociais importantes. A queixa principal destas pessoas geralmente é o “problema de nervoso”. Alguns quadros que não chegam a preencher critérios para os transtornos mentais presentes nas classificações no momento da avaliação, mas já trazem prejuízo e podem ter benefício de medidas específicas, vêm sendo denominados como Transtornos mentais comuns. Essa dificuldade de Classificação se deve ao fato dos transtornos depressivos e ansiosos terem muita sobreposição (entre si e com outras doenças), apresentarem um amplo espectro de gravidade e serem condições crônicas. Dependendo da época da avaliação, um mesmo indivíduo pode apresentar desde um quadro clínico “pleno” (preenchendo os critérios das Classificações para algum transtorno mental) até somente sintomas leves (“subclínicos”). Estas flutuações e “mistura” de sintomas são a regra e não a exceção, sobretudo quando falamos de ansiedade e depressão. Estes sintomas subclínicos trazem prejuízo importante na qualidade de vida das pessoas e são fortes preditores de transtornos mentais no ano seguinte da avaliação. Por isso, merecem atenção e abordagem específica, mesmo sem preencherem os “critérios” estabelecidos. Apesar dessas dificuldades, é possível avaliar o benefício de psicofármacos neste grupo e de algumas medidas gerais que podem auxiliar no manejo condizente com uma boa prática clínica, como veremos a seguir.

1) Quais os cuidados gerais no uso de antidepressivos?

- ✓ Marcar consultas mais freqüentes no início do tratamento;
- ✓ Sempre avaliar o risco de suicídio e do aparecimento ou agravamento de um transtorno bipolar antes de iniciar antidepressivos;
- ✓ Em pacientes com insônia, apatia e irritabilidade, sobretudo em idosos e naqueles com doenças físicas, verificar a presença de um transtorno mental orgânico, que cursa com perda de memória para fatos recentes. Pode ocorrer diminuição discreta do nível de consciência e as únicas queixas podem ser insônia e agitação noturna, evoluindo depois com sonolência diurna, “visões” e pensamento desconexo, que os familiares relatam que o paciente está “variando”. O uso de tricíclicos e benzodiazepínicos pode precipitar e/ou piorar esses quadros (vide em **Anexo no final deste manual** “Avaliando e manejando pacientes com delirium (não decorrente de abstinência ao álcool)”);
- ✓ Perguntar sobre o uso de substâncias que o paciente faz na tentativa de aliviar os sintomas (álcool, café, “vitaminas”, etc.). Também é comum o paciente já chegar usando flunarizina ou cinarizina “para a tontura” (que pode levar à piora dos sintomas depressivos e Parkinson), Hypericum perforatum (que tem interações medicamentosas importantes) ou passiflora (que pode aumentar a chance de sangramentos, sobretudo quando associada a outras medicações);
- ✓ Nos pacientes com ataques de pânico, nos idosos e naqueles com várias doenças físicas começar com doses baixas e aumentar lentamente;
- ✓ Informar ao paciente da possibilidade de piora inicial e de que o efeito terapêutico pode demorar a aparecer de 4 a 6 semanas, orientando-o a não parar o antidepressivo quando melhorar, devido ao risco de recidiva;
- ✓ Explicar que assim como a melhora do quadro pode levar cerca de 3 meses, caso seja suspenso o antidepressivo a volta dos sintomas pode ocorrer sutilmente também neste período. Desestimular os pacientes a “tentarem por conta própria” a retirada da medicação, por esses motivos.
- ✓ Orientar que, mesmo após a melhora dos sintomas, deve-se manter o uso da medicação na mesma dose por um período de tempo (pelo menos 5 a 6 meses), sob risco de volta da doença. Explicar que a chance de recidiva aumenta com o tempo que a pessoa esteve anteriormente com os sintomas e que em alguns casos (sobretudo em pessoas que já tiveram 3 ou mais episódios depressivos) este tempo pode ser indefinido;
- ✓ Verificar sempre o aparecimento de bipolaridade (atentar para a hipomania, na qual o indivíduo não está psicótico ainda, mas já tem fala acelerada, queixa de agitação, “ansiedade”, irritabilidade, menor necessidade do sono e baixa do juízo crítico, envolvendo-se em atividades de risco, tal como gastar em excesso). Nestes casos, está indicado o estabilizador do humor e muitas vezes o antidepressivo deve ser interrompido;
- ✓ Caso tenha sido prescrito um benzodiazepínico associado, tentar ir reduzindo e retirando o mesmo, assim que houver benefício com o antidepressivo (cerca de um mês);
- ✓ A dose do antidepressivo deve ser aquela que juntamente com medidas não farmacológicas ajude o paciente a voltar ao estado de funcionamento de antes de adoecer. Ou seja, devemos ter em mente que o objetivo é buscar a remissão completa dos sintomas, não somente a melhoria de alguns mais evidentes como a alteração do sono.

2) Quando escolher e como prescrever um antidepressivo tricíclico?

Os tricíclicos são eficazes no tratamento de episódios depressivos e no transtorno do pânico. Estas medicações são mais sedativas e têm efeito direto benéfico no tratamento da dor neuropática, por interferirem na transmissão noradrenérgica. Além disso, por fazerem bloqueio de receptores Histaminérgicos 2 podem reduzir a liberação de ácido clorídrico, o que pode ser favorável em pacientes com história de úlcera gástrica que tenham indicação de algum antidepressivo.

Por terem efeitos anticolinérgicos (vide **Tabela 1**), há que se investigar a presença de glaucoma de ângulo fechado e a presença de hipertrofia prostática, que poderiam contra-indicar o seu uso, pois estas medicações aumentam a pressão intra-ocular e podem causar retenção urinária, respectivamente. Além disso, sobretudo em idosos, crianças e pessoas com várias doenças físicas há o risco de se precipitar *delirium* (estado confusional agudo, no qual há uma redução do nível de consciência e o indivíduo fica agitado, desorientado, com alterações da sensopercepção e confuso, sobretudo à

noite). E mais, como baixam o limiar convulsivante, há que se ter cautela, sobretudo em indivíduos com doenças que predisponham o aparecimento de convulsões. Outro efeito adverso que pode limitar seu uso é o ganho de peso (ocorre aumento da vontade de comer doces) e o risco de precipitar hiperglicemia.

Os tricíclicos podem ter efeitos cardiovasculares desfavoráveis: taquicardia, achatamento da onda T, prolongamento do intervalo QT (levando a bloqueio de ramo) e depressão do segmento ST. Por esse motivo, deve-se investigar a presença de doença cardíaca (sobretudo infarto recente e arritmias), antes de se prescrever essas medicações, incluindo muitas vezes a solicitação de um Eletrocardiograma para afastar distúrbios de condução. Os tricíclicos estão contraindicados em pacientes com um intervalo QT maior que 450 milissegundos.

Com o intuito de tornar a prescrição mais segura (evitando quedas, etc.) e aumentar a aderência, sobretudo em pacientes ambulatoriais, sugere-se começar com doses baixas (p.ex. 25mg de amitriptilina ou mesmo 12,5mg de nortriptilina se for um idoso). Explicar para o paciente que os efeitos colaterais (sedação, hipotensão, visão turva) tendem a desaparecer após cerca de 3 a 7 dias do início do uso ou a cada aumento de dose e que os efeitos terapêuticos podem demorar a aparecer cerca de 2 a 4 semanas. Prescrever a medicação de preferência à noite e orientar que nos primeiros dias, se o paciente levantar rápido pode “ver tudo preto”, devido à hipotensão postural. Aumentar a lentamente (depois que já não vem tendo mais os efeitos hipotensores com aquela dose). Associar as medidas não farmacológicas (incluindo deixar o paciente falar sobre perdas e lutos não elaborados).

Caso haja a necessidade do uso de um tricíclico para idosos ou pacientes com várias doenças físicas, a nortriptilina está indicada (nível de dispensação II), por ter menos efeitos hipotensores e anticolinérgicos. Embora o ideal seja o uso de somente um antidepressivo, em alguns pacientes que necessitam dos efeitos antiálgicos dos tricíclicos, têm depressão e não podem tolerar doses maiores do tricíclico é possível associar a nortriptilina (de 25 a 50mg) à fluoxetina e tratar adequadamente a dor e a depressão. O cuidado deve ser redobrado quando for feita essa associação porque a fluoxetina é um inibidor do Citocromo 2D6, o que pode levar a aumentos nas concentrações séricas da nortriptilina, aumentando os seus efeitos colaterais ou mesmo diminuindo o seu efeito terapêutico, já que pode perder seu efeito com o aumento da dose (janela terapêutica).

3) Quando escolher um antidepressivo inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS) e quais os cuidados?

Os ISRS são os fármacos de escolha quando se deseja menos efeitos anticolinérgicos e cardiovasculares. Alguns transtornos de ansiedade têm benefício com os ISRS, mas não com os tricíclicos, como na fobia social. No transtorno obsessivo compulsivo e no transtorno de estresse pós-traumático há benefício com doses altas de ISRS (sobretudo nos episódios de revivência do trauma e evitação persistente de situações que o lembrem). Por outro lado, os ISRS não mostraram de forma consistente benefício no manejo da dor, como os tricíclicos.

Antes de prescrever ISRS deve-se verificar se o paciente tem história de hemorragia digestiva, de doença de Parkinson ou de episódios de hipoglicemia. Pode haver piora dessas condições com essas medicações. É importante explicar aos pacientes que estes medicamentos podem levar a uma piora inicial dos sintomas de ansiedade, não sedam e estão associados a efeitos colaterais, tais como: disfunção sexual, desconforto abdominal, diarreia, cefaléia, sangramentos em geral, tremores (em até 10% dos pacientes) e outros sintomas tipo parkinsonianos. Alguns desses sintomas tais como o desconforto abdominal, a ansiedade e a cefaléia aparecem no início do tratamento e tendem a passar com o tempo de uso.

Os ISRS devem ser prescritos pela manhã, uma vez que podem causar insônia na maioria dos casos. Em pacientes com ataques de pânico, insônia e ansiedade intensos pode ser necessário o uso de benzodiazepínico no início do tratamento. À medida que o antidepressivo começa a fazer efeito e esses sintomas começam a remitir deve-se, então retirar o benzodiazepínico. A implementação de medidas não farmacológicas tais como a prática de exercícios, exposição à luminosidade e técnicas de relaxamento também auxiliam na regularização do sono e possibilitam a retirada do benzodiazepínico. Outro cuidado bem importante ao medicar pacientes com muitos medos e ataques de pânico é iniciar o ISRS com doses baixas (p.ex. 10mg de fluoxetina → meio comprimido, ou mesmo, em alguns casos, a fluoxetina gotas, que contém 1mg por gota, caso sejam necessárias doses menores ainda) e ir aumentando lentamente a medida que o paciente vá se adaptando e tendo menos agitação com essa medicação.

Nos pacientes com risco de interação medicamentosa pela fluoxetina está indicada a sertralina (nível de dispensação II). A fluoxetina tem maior poder de inibição do sistema enzimático hepático do citocromo 2D6 que a sertralina, podendo levar a aumentos nos níveis séricos de medicações como os betabloqueadores e antiarrítmicos. Ainda por essa inibição, como a codeína não é metabolizada adequadamente em morfina, que, então, faz seu efeito, pode ocorrer a perda do efeito antiálgico se a fluoxetina for acrescentada. Outras situações que indicam a escolha da sertralina e não da fluoxetina são aqueles casos em que o indivíduo não tolera os efeitos ativadores iniciais da fluoxetina ou quando se deseja uma medicação com meia vida não tão longa (a fluoxetina e seu metabólito ativo, a norfluoxetina, juntas podem ter uma meia vida de cerca de 15 dias). Esta característica pode ser desfavorável nos pacientes idosos e/ou com muitas doenças clínicas. Mesmo com o uso da sertralina há que se estar atento em relação a aparecimento de efeitos inesperados de outras medicações que os pacientes estão em uso, quando o ISRS é acrescentado. Muitos indivíduos com risco de fenômenos trombóticos estão em uso de anticoagulantes orais (varfarina). Uma vez que a fluoxetina e a sertralina têm uma ligação às proteínas plasmáticas de mais de 90%, pode ocorrer o deslocamento da varfarina do sítio de ligação a essas proteínas creadoras, aumentando sua fração livre e consequentemente sua atividade. Por isso, é fundamental a monitorização da atividade do anticoagulante, quando for feita essa associação, sob pena de haver sangramentos com a mesma dose do anticoagulante que antes era adequada.

Ainda em relação à interação medicamentosa há que se ter cautela com a associação de ISRS com medicações com efeitos serotoninérgicos, que podem elevar as concentrações plasmáticas da serotonina até níveis tóxicos (p.ex.

sibutramina, L-triptofano, lítio, anfetamina, L-dopa, inibidores da monoaminoxidase). Nestes casos pode ocorrer a síndrome serotoninérgica que se manifesta na seguinte ordem de gravidade: 1) diarreia, inquietação; 2) agitação extrema, hiper-reflexia, instabilidade autonômica; 3) mioclonia, convulsões, hipertermia, calafrios incontroláveis e rigidez; até 4) delírium, coma, estado de mal epilético, colapso cardiovascular e morte. Neste sentido é importante lembrar que o hypericum perforatum ou erva de São João é um inibidor da monoaminoxidase.

O uso de antidepressivos na gravidez e amamentação deve ser avaliado com cautela porque estas medicações passam na placenta e no leite, respectivamente. Trabalhos recentes mostram associação do uso de ISRS na gravidez e aparecimento de hipertensão pulmonar persistente no bebê e aumento de risco de hipertensão na grávida. Contudo, há situações em que o risco de não se tratar um episódio depressivo é maior do que o de se tratar. Nestes casos, há que se mencionar que há relatos de reações adversas com o bebê, cuja mãe que o amamentava estava em uso de fluoxetina (provavelmente porque tem uma meia vida longa e efeitos ativadores importantes). Por este motivo, na lactante a sertralina tem um perfil mais favorável, caso haja a necessidade de prescrição de um ISRS.

4) Quando associar um antidepressivo dopaminérgico (bupropiona) e quais os cuidados?

Os ISRS, descritos no tópico anterior, ao estimularem a função serotoninérgica podem levar a uma “disfunção dopaminérgica relativa”. Como consequência disso, os pacientes podem se queixar de diminuição da libido e apatia. A bupropiona (nível de dispensação III), por ser dopaminérgica, mostrou benefício em estudos controlados, quando associada aos ISRS, já em doses de 150 mg (1 comprimido) em melhorar essa diminuição da libido. Essa medicação não seda, pode causar irritabilidade, inquietação, sintomas psicóticos, cefaléia e não é eficaz no transtorno do pânico, na fobia social, nem no transtorno de estresse pós-traumático.

Em doses mais altas e/ou em indivíduos predispostos a bupropiona pode precipitar crises convulsivas e aumentos da pressão arterial.

5) O que esperar e em quanto tempo das medicações antidepressivas?

A tristeza e o sofrimento são reações normais do ser humano frente às dificuldades da vida. Não existe medicação que evite esses sentimentos. Também não existem trabalhos mostrando que os antidepressivos possam prevenir depressão em quem não tem história dessa doença. Um estudo de genética recente mostra a associação entre um temperamento no qual o indivíduo tenta evitar o sofrimento, tem dificuldade de fazer amizades e obter apoio social e o aparecimento de sintomas depressivos. Neste sentido, é muito mais útil e eficaz quando um profissional tem uma relação de confiança com o paciente e o ajuda a perceber que estas dificuldades e sofrimentos (os limites e a afinitude do ser) fazem parte da vida e não podem ser evitados. Assim, o indivíduo pode olhar de “frente” a vida, se sentir mais agente do seu destino, buscando também viver melhor, apesar de tudo. Sobre tudo quando o indivíduo está vivendo um momento de vida difícil e queixa-se de nervoso de pode-se marcar retornos frequentes, mesmo que breves, para que receba atenção e vá sendo reavaliado (“watchful waiting”). Em alguns casos de episódios depressivos leves (sobretudo quando não há história familiar, nem pessoal prévia) pode ocorrer a remissão sem o uso de medicação. Durante esta avaliação há que se manter a atenção a sinais sugestivos de benefício com antidepressivos, tais como: história prévia de episódios moderados a graves, história familiar de depressão, “sentir-se mal consigo mesmo, não com a situação”, acordar duas horas mais cedo que o habitual e piora matutina.

Como já dito anteriormente, os antidepressivos podem levar 2 semanas para ter início do seu efeito, mas o retorno da pessoa ao seu habitual pode levar meses. Além disso, essas medicações não têm o “poder” de sozinhas “fazerem” o indivíduo a voltar a ter qualidade de vida. Neste sentido, é importante que se associem medidas não farmacológicas ao tratamento e que isso seja explicado cuidadosamente aos pacientes e familiares. Vide abaixo algumas dessas medidas.

6) Medidas não farmacológicas

- ✓ Explicar medidas de higiene do sono;
- ✓ Discutir com o paciente quais são os sinais precoces de que a doença está voltando, para que tenha mais atenção sobre esses sintomas. Explicar e o que fazer se eles voltarem;
- ✓ Ensinar a respiração abdominal, evitando a respiração “suspirosa” (para pacientes que têm ataques de pânico);
- ✓ Explicar sobre a importância da exposição e da dessensibilização para pacientes com “medos”. Explicar que funciona como uma “vacina” podendo ter piora da ansiedade no momento, mas que depois, com a exposição repetida, vai havendo redução da mesma;
- ✓ Explicar aos pacientes a fisiopatologia dos ataques de pânico (hiperventilação) e fatores que agravam ou ajudam a melhorar incluindo a mudança do “olhar” quanto à crise;
- ✓ Marcar consultas repetidas e regulares para examinar brevemente o paciente e deixá-lo falar sobre perdas ou alguma dificuldade;
- ✓ Estimular o retorno o mais rápido possível ao trabalho, sobretudo para os pacientes com queixas somáticas inexplicáveis;

- ✓ Explicar que às vezes “a boca fala, o corpo fala”, deixando o paciente pensar se o sintoma pode estar expressando alguma dificuldade que não pode ser falada;
- ✓ Orientar sobre a importância da luminosidade e do exercício na prevenção e melhoria de sintomas depressivos e ansiosos (ajudando a normalizar o sono);
- ✓ Explicar sobre os riscos quando há privação do sono de se precipitar episódios de hipomania ou mania, em indivíduos predispostos;
- ✓ Não esquecer de ficar atento a doenças clínicas que poderiam estar explicando parcial ou totalmente os sintomas, mas que ainda não apareceram nos exames;
- ✓ Explicar à família e ao paciente o que é esperado e em quanto tempo. Pedir para eles ficarem atentos ao aparecimento de algo diferente. Deixar que eles manifestem suas preocupações quanto ao uso das medicações para poder “negociar” o plano de tratamento;
- ✓ Pode haver benefício em alguns casos, quando há indicação e disponibilidade, de acompanhamento psicoterápico. Há que se ter em mente, contudo, que este acompanhamento complementar não exige os profissionais que cuidam do paciente de todas as medidas acima, pois são imprescindíveis para uma atenção integral do indivíduo.

Alcances e limites Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são a primeira escolha no tratamento de pacientes com abstinência ao álcool ou a estas mesmas substâncias. Podem ser úteis no início do tratamento de pacientes com ataques de pânico ou de deprimidos com ansiedade e/ou insônia importantes, enquanto os antidepressivos, sobretudo os ISRSs, ainda não fizeram efeito. Contudo, devido ao risco de dependência (maior nos com meia-vida curta ou intermediária), estas medicações devem ser prescritas já sendo dito ao paciente que serão retiradas assim que houver benefício dos antidepressivos (cerca de um mês). Por causa deste risco, a retirada deve ser gradual, sob pena de causar síndrome de abstinência (vide como fazer essa retirada no capítulo “Transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas” deste manual). É importante verificar se os pacientes têm glaucoma de ângulo fechado, pois os benzodiazepínicos podem aumentar a pressão intra-ocular. Outras contra-indicações são a miastenia gravis e insuficiência respiratória moderada a grave, pelo risco de parada respiratória. Além disso, deve-se alertar sobre a alteração dos reflexos que pode ocorrer prejudicando a capacidade de se operar máquinas ou dirigir após o seu uso. Outros riscos do uso de benzodiazepínicos são: 1) depressão respiratória em qualquer paciente (sobretudo se feito pela via endovenosa); 2) agitação e confusão mental (principalmente em idosos e/ou pacientes com doenças físicas, devido aos efeitos anticolinérgicos); 3) piora da depressão (se o benzodiazepínico for prescrito isoladamente); 4) amnésia; e 5) aumento do risco de quedas (pela sedação e por ataxia). Por esses motivos, não se deve prescrever benzodiazepínicos por mera “repetição da receita azul”. O diagnóstico e a indicação devem ser sempre reavaliados e outras medidas não farmacológicas (descritas acima) devem ser acrescentadas. Assim, ajudamos o paciente a retornar ao seu estado de funcionamento de antes de adoecer e talvez com mais qualidade de vida, facilitando a retirada do benzodiazepínico.

Em pacientes com indicação de um benzodiazepínico que apresenta alterações hepáticas, o lorazepam (nível de dispensação II) é o mais favorável por não ter metabólito ativo e ter sua metabolização através de conjugação, que demora mais a ser alterada nos pacientes idosos e naqueles com insuficiência hepática. A **Tabela 2** mostra a faixa terapêutica usual e a meia-vida dos benzodiazepínicos.

Tabela 2 - Características farmacológicas dos benzodiazepínicos

Medicação	Metabólitos ativos?	Meia-vida (h)	% de ligação proteica	Faixa terapêutica*
Diazepam	Sim	92	98%	5-40mg/dia (2 a 4 x ao dia)
Lorazepam†	Não	9-22	85%	1-6mg/dia (2 a 3x ao dia)
Clobazam‡	Sim	20	85-90%	20-60mg/dia (2 a 3x ao dia)

* O paciente idoso e/ou aqueles com várias comorbidades e os que fazem uso de diversas medicações podem se beneficiar com doses menores. É importante reavaliar a dose após 5 meias-vidas, pois sobretudo em idosos pode ser necessária a redução após esse período.

† A metabolização do lorazepam não passa pela glucoronidação e é feita direto por conjugação. Por este motivo é a medicação de escolha para pacientes que já têm a função hepática alterada. No tratamento da abstinência ao álcool a dose pode chegar a 12mg/dia.

‡ Usado como coadjuvante no tratamento de algumas formas de epilepsia

Transtornos Mentais por Uso de Substâncias Psicoativas

Abordagem dos problemas relacionados a substâncias com potencial de abuso (SPA)

As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de tais substâncias são hoje bem conhecidas e consideradas um problema de saúde pública. Os médicos têm facilidade para identificar e abordar tais complicações, no entanto, o uso nocivo e a dependência de substâncias psicoativas são pouco diagnosticadas. As inovações diagnósticas introduzidas nas últimas décadas, as investigações acerca da história natural da doença, bem como as novas técnicas terapêuticas (especialmente as intervenções breves) tornaram a dependência de substâncias psicoativas um assunto menos complexo e passível de ser conduzido por um espectro maior de profissionais.

Uma vez que boa parte dos dependentes químicos entra em contato com o sistema de saúde devido a complicações decorrentes do seu consumo através do médico generalista, atualizar os profissionais de saúde acerca das inovações conceituais da dependência química e as novas abordagens baseadas em evidências para estes indivíduos é fundamental para o estabelecimento do diagnóstico e intervenção precoce e a motivação destes indivíduos a buscar ajuda especializada, quando necessário.

Como avaliar e realizar intervenção com usuários de SPA?

Nem toda pessoa que faz uso de uma SPA apresenta um problema decorrente desse uso. Muitas pessoas que fazem uso de SPA e apresentam problemas têm dificuldade em perceber, reconhecer e associar esses problemas com seu uso. O processo de abordagem do indivíduo deve apresentar características empáticas, evitando o julgamento, que tende a aumentar a resistência do paciente a mudança. Nem todas as pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de SPA encontram-se dispostas a parar de usar, nesses casos é importante discutir alternativas de uso de menor risco, evitando a rigidez da abstinência como única alternativa.

Importante questionar os pacientes acerca do uso de substâncias quando apresentarem sintomas que sugiram tal uso, como dor torácica em jovem, sintomas depressivos e alterações de sono, sintomas psicóticos agudos, etc.

O primeiro passo é avaliar de forma breve o padrão de uso do indivíduo e a presença de problemas associados. Tal avaliação pode ser feita através de entrevista aberta, questionando quais as drogas são usadas, forma de administração, qual quantidade e a frequência. Ainda, poderão ser utilizados instrumentos padronizados como o AUDIT, ASSIST ou DUSI, os quais apresentam a vantagem de facilitação da apresentação de um dado concreto de *feedback*, auxiliando no processo de reflexão.

Feita a avaliação do uso é indicada a realização da Intervenção Breve (IB). A IB é uma estratégia terapêutica bem estruturada, focal e objetiva, com evidência de efetividade em estudos controlados. Um objetivo importante é ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas.

Os princípios da IB tem sido reunidos usando a abreviação do acrônimo em inglês FRAMES:

F	Feedback (devolutiva ou retorno)
R	Responsability (responsabilidade)
A	Advice (aconselhamento)
M	Menu of Options (menu de opções)
E	Empathy (empatia)
S	Self-efficacy (auto-eficácia)

O **feedback** é feito a partir da avaliação inicial, procurando dar a impressão geral do uso, com os prós e contras. "Pelo que conversamos (pelo resultado de seu teste), seu padrão de uso pode lhe causar problemas ... vamos conversar mais sobre isto?"

Na **responsabilidade** é feita uma negociação sobre metas possíveis de serem atingidas e a responsabilidade do paciente por sua escolha de uso e metas é reforçada. "O seu uso da substância é uma escolha sua e ninguém pode fazer você mudar seu comportamento ou decidir por você. Se você percebe que isto está prejudicando sua vida e sua saúde e se você quiser mudar, podemos ajudá-lo, mas a decisão, a escolha, é sua".

O **aconselhamento** consiste em dar orientações claras sobre a redução ou interrupção do uso. É importante relacionar problemas atuais ou passados relatados pelo paciente com o uso de substâncias. "Essa dor de estômago que o senhor apresenta provavelmente está associada ao seu uso de álcool, sendo assim é muito importante que o senhor reduza o seu uso ou pare completamente".

Na fase do **menu de opções** o profissional busca identificar, junto com o paciente, as situações de risco que favorecem o uso das SPA, tais como **onde** ocorre o uso, em **companhia** de quem ou em que **situações** (sociais ou sentimentos pessoais). A partir dessa identificação o profissional orienta o paciente no desenvolvimento de habilidades e estratégias para evitar ou lidar de outra forma com essas situações de risco.

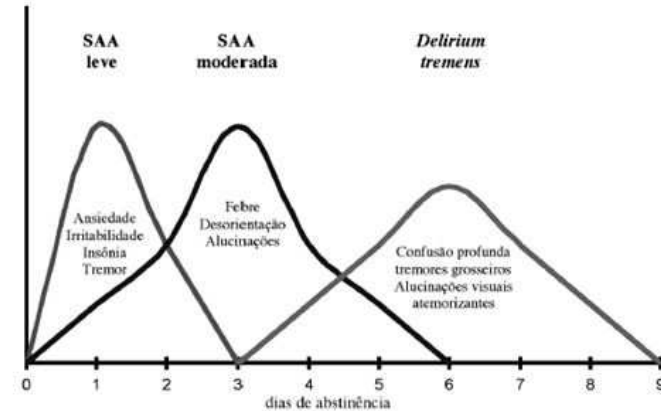
A **empatia** significa a habilidade de, não só compreender a situação em que o paciente se encontra ou identificá-lo com ele, mas de auxiliá-lo a esclarecer e amplificar o entendimento de sua situação. Evite ter um comportamento confrontador ou agressivo. Demonstre ao paciente que você está disposto a ouvi-lo e que entende seus problemas, inclusive a dificuldade de mudar.

A **auto-eficácia** consiste no encorajamento da capacidade do paciente de realizar as mudanças em seu comportamento. Exalte seu otimismo em relação a sua capacidade, reforçando seus aspectos positivos.

Como tratar a síndrome de abstinência ao álcool (SAA)?

A maioria dos dependentes (70% a 90%) apresenta uma síndrome de abstinência entre leve a moderada, caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora. Ela se dá cerca de 24 e 36 horas após a última dose. Por volta de 5% dos dependentes apresentarão uma síndrome de abstinência grave. A SAA é autolimitada, com duração média de 7 a 10 dias (Vide **Gráfico** abaixo).

Gravidade e duração dos sinais e sintomas da SAA



Crises convulsivas aparecem em 3% dos casos (principalmente nas primeiras 48h de abstinência) e geralmente são autolimitadas, não requerendo tratamento específico. A mortalidade gira em torno de 1%. O sintoma de abstinência mais comum é o tremor, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos. Ele tem intensidade variável e aparece algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, mais observados no período da manhã. Acompanham os tremores a hiperatividade autonômica, desenvolvendo-se taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese, hipotensão ortostática e febre (< 38°C).

A avaliação da gravidade da SAA é importante porque dela dependem as medidas terapêuticas a serem instaladas. A SAA pode ser avaliada segundo alguns preditores de gravidade: história pregressa de SAA grave; altos níveis de álcool no sangue sem sinais e sintomas de intoxicação; alcoolemia alta (300mg/dl); uso concomitante de sedativos; comorbidades e idade avançada. Quando o indivíduo apresenta a SAA é aconselhável aplicar a **Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar)**. Trata-se de uma escala com 10 itens, cujo escore final classifica a gravidade da SAA e fornece subsídios para o planejamento da intervenção imediata. A aplicação da escala requer de 2 a 5 minutos (em **Anexo**).

SAA Nível I

Trata-se da SAA leve e moderada. Ela aparece nas primeiras 24 horas após a última dose. Instala-se em 90% dos pacientes e cursa com agitação, ansiedade, tremores finos de extremidades, alteração do sono, da senso-percepção, do humor, do relacionamento interpessoal, do apetite, sudorese em surtos, aumento da frequência cardíaca, pulso e temperatura. Alucinações são raras (vide **Quadro** abaixo).

Conjunto de sintomas e sinais da SAA nível I (leve a moderada)	
BIO	Leve agitação psicomotora; tremores finos de extremidades; sudorese facial discreta, relata episódios de cefaléia, náusea sem vômitos, sensibilidade visual; sem alteração da sensibilidade tátil e auditiva.
PSICO	O contato com o profissional de saúde está preservado; encontra-se orientado no tempo e espaço; o juízo crítico da realidade está mantido; apresenta uma ansiedade leve; não relata qualquer episódio de violência dirigido a si ou a outrem.
SOCIAL	Refere estar morando com familiares ou amigos, com os quais se relaciona regular ou moderadamente; atividade produtiva moderada, mesmo que atualmente esteja desempregado; a rede social ativa.
COMORBIDOS	Sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas detectadas ao exame geral.

SAA Nível II

É a SAA grave. Cerca de 5% dos pacientes evoluem do estágio I para o II. Isso se dá cerca de 48 horas da última dose. Os sinais autonômicos são mais intensos, os tremores são generalizados, apresentam alucinações auditivas e visuais e desorientação temporo-espacial (Quadro abaixo). Em um estágio ainda mais grave, cerca 3% dos pacientes do estágio II chegam ao *Delirium Tremens* (DT), após 72 horas da última dose. O DT piora ao entardecer (*sundowning*). Há riscos com seqüelas e morte entre aqueles que não recebem tratamento. Por volta de 10% a 15% destes apresentam convulsões do tipo grande mal. Esta psicose orgânica é reversível, dura de 2 a 10 dias, cursa com despersonalização, humor intensamente disfórico, alternando da apatia até a agressividade. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com traumatismo craniano e doenças epileptiformes.

Conjunto de sintomas e sinais da SAA nível II	
BIO	Agitação psicomotora intensa; tremores generalizados; sudorese profusa, com cefaléia, náuseas com vômitos, hipersensibilidade visual; convulsões recentes ou descritas a partir da história pregressa.
PSICO	O contato com o profissional de saúde está alterado; encontra-se desorientado no tempo e espaço; o juízo crítico da realidade está comprometido; apresenta uma ansiedade intensa; com episódio de violência dirigido a si ou a outrem; apresenta-se delirante, com pensamento descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável; observam-se alucinações táteis e/ou auditivas.
SOCIAL	Refere estar morando só ou com familiares ou amigos, mas esse relacionamento está ruim; tem estado desempregado ou impossibilitado de exercer atividade produtiva; a rede social é inexistente ou se restringe ao ritual de uso da substância.
COMÓRBIDOS	Com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas detectadas ao exame geral.

Manejo clínico e medicamentoso da SAA

O nível de gravidade da SAA aferido pela CIWA-Ar pode determinar a escolha do local mais adequado para o tratamento: com escore igual ou maior que 16, o paciente deve ser encaminhado para o CAPSad para avaliar a necessidade e disponibilidade de uma unidade hospitalar para internação ou regime intensivo para desintoxicação no próprio CAPSad conforme disponibilidade de recursos sociais (família, moradia, etc) e complicações clínicas do indivíduo. Escores menores permitem a desintoxicação domiciliar ou ambulatorial (com seguimento intensivo pelas ULS e/ou CAPS ad), dependendo dos recursos clínicos, psíquicos, sociais e do local. O manejo clínico e medicamentoso dos pacientes também está condicionado à gravidade da SAA. Pacientes com SAA nível I podem receber tratamento ambulatorial (ULS e/ou CAPSad). As consultas devem ser freqüentes. O paciente e sua família devem ser orientados sobre a doença e da necessidade de buscarem uma sala de emergência caso haja agravamento clínico (Quadro abaixo).

Tratamento da SAA nível I (leve a moderada)	
1ª Semana	Cuidados Gerais Esclarecimento adequado sobre SAA para o paciente e familiares. Retornos frequentes ou visitas da equipe no domicílio por 3 a 4 semanas. Contra indicar a condução de veículos durante o uso de benzodiazepínicos. Dieta leve ou restrita e hidratação adequada. Repouso relativo em ambiente calmo desprovido de estimulação audio visual. Supervisão de familiar. Encaminhamento para emergência se observar alteração da orientação temporo-espacial e/ou do nível de consciência.
	Farmacoterapia Tiamina/dia: 300mg intramuscular por 3 a 7 dias. Sedativos - depende do caso: Diazepam de 20 a 40mg/dia/oral (ex.: 10mg às 8h, 10mg às 14h e 20mg às 20h) – Ajustar a dose até a ausência de sintomas de abstinência com o mínimo de sedação, daí redução gradual de 5mg/dia. Lorazepam (hepatopatia associada) de 4 a 8mg/dia/oral, mesmo esquema do diazepam, com redução de 1mg/dia.
2ª e 3ª Semanas	Cuidados Gerais Redução gradual dos cuidados gerais
	Farmacoterapia Tiamina 300mg/dia/oral por 60 dias Sedativos seguir a redução até a suspensão completa – não manter o uso por períodos longos – mais de três a quatro semanas!

Por fim, alguns cuidados tornam-se necessários a fim de evitar iatrogenias, bem como para manejar possíveis complicações durante o tratamento da SAA (Quadro a seguir). Nesse aspecto é importante ressaltar a grande

prevalência de deficiência de tiamina nesses pacientes, por isso sendo essencial a sua reposição e a atenção para o desencadeamento da síndrome de Wernicke, que consiste de confusão mental, nistagmo e ataxia e apresenta uma taxa de mortalidade de 17%. A síndrome de Wernicke pode ser desencadeada pela administração de glicose realizada antes do início da reposição de tiamina, e deve ser tratada em ambiente hospitalar ou CAPSad de acordo com a gravidade.

Cuidados com a SAA	
O que NÃO fazer	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hidratar indiscriminadamente ✓ Administrar glicose ✓ Administrar Clorpromazina ou fenil-hidantoína ✓ Aplicar diazepam endovenoso, sem recursos para reverter uma possível parada respiratória. 	
Manejo das complicações	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Convulsões</u> - Diazepam: de 10 a 30mg/dia/oral ou 10mg/ev na crise • <u>Delirium tremens</u> - Diazepam 60mg/dia/oral ou - Lorazepam 12mg/dia/oral - Associar, se necessário – haloperidol 5mg/dia/oral • <u>Alucinoese alcoólica</u> - Haloperidol 5mg/dia/oral 	

Manejo da síndrome de abstinência e dependência de benzodiazepínicos (BZD)

Dos pacientes que usam BZD por mais de 12 meses, 50% evoluem com síndrome de abstinência (SAB). A SAB é mais frequente e mais intensa em usuários de BZD de meia vida mais curta (lorazepam) e menos frequente ou mais leve em usuários de BZD de meia vida mais longa (diazepam). Os sintomas começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a parada de BZD de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a parada de BZD de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose (Quadro abaixo).

Sinais menores		Sinais maiores
Físicos	Psíquicos	
✓ Tremores	✓ Insônia	✓ Convulsões
✓ Sudorese	✓ Irritabilidade	✓ Alucinações
✓ Palpitações	✓ Dificuldade de concentração	✓ Delirium
✓ Letargia	✓ Inquietação	
✓ Náuseas	✓ Agitação	
✓ Vômitos	✓ Pesadelos	
✓ Anorexia	✓ Disforia	
✓ Sintomas gripais	✓ Prejuízo da memória	
✓ Cefaléia	✓ Despersonalização/desrealização	
✓ Dores musculares		

Uma parte das pessoas que apresentam sintomas de abstinência na retirada dos BZD apresenta também um quadro de dependência, que inclui um forte desejo de utilizar a substância, o uso de quantidades maiores que as recomendadas, o emprego de grande energia na obtenção de mais medicação para manter o uso.

Abstinência refere-se à emergência de novos sintomas seguintes à descontinuação ou redução dos benzodiazepínicos. Ela deve ser diferenciada dos *sintomas de rebote*, que se caracterizam pelo retorno dos sintomas originais para os quais os benzodiazepínicos foram prescritos, numa intensidade significativamente maior. A retirada gradual e um acompanhamento psicológico mais freqüente e prolongado colaboram no alívio destes sintomas.

Não se justifica o uso de BZD por longos períodos, exceto em situações especiais. Apesar do desconforto inicial, devido à presença da síndrome de abstinência, pacientes que conseguem ficar livres de BZD por pelo menos cinco semanas apresentam redução nas medidas de ansiedade e melhora na qualidade de vida. Não se deve esperar que o paciente preencha todos os critérios da síndrome de dependência para começar a retirada, uma vez que o quadro típico de dependência química – com marcada tolerância, escalonamento de doses e comportamento de busca pronunciado – não ocorre na maioria dos usuários de benzodiazepínicos, a não ser naqueles que usam altas dosagens. É importante salientar que mesmo doses terapêuticas podem levar à dependência.

Medidas Psicossociais

O tratamento da dependência dos BZD envolve uma série de medidas não-farmacológicas e de princípios de atendimento que podem aumentar a capacidade de lidar com a SAB e manter-se sem os BZD.

O melhor local para tratamento é o ambulatorial (ULS), pois leva o maior engajamento do paciente e possibilita que, tanto mudanças farmacológicas quanto psicológicas, possam ocorrer ao mesmo tempo.

Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da dose, incluindo informações sobre os BZD, reassseguramento, promoção de medidas não-farmacológicas para lidar com a ansiedade.

A Retirada dos Benzodiazepínicos

A melhor técnica e a mais amplamente reconhecida como a mais efetiva é a retirada gradual da medicação, sendo recomendada mesmo para pacientes que usam doses terapêuticas. Além das vantagens relacionadas ao menor índice de sintomas e maior possibilidade de sucesso, essa técnica é facilmente exequível e de baixo custo.

Alguns médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana. Já outros negociam com o paciente um prazo. Este gira em torno de 6 a 8 semanas, mas pode durar até mais de 10 semanas. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subsequentes de redução. Pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem se beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como o diazepam.

A carbamazepina pode ser uma medicação adjuvante na retirada gradual de benzodiazepínicos, particularmente em pacientes recebendo benzodiazepínicos de meia vida curta, mas estudos controlados maiores são necessários para confirmar seu potencial benefício, determinar melhor os efeitos adversos e identificar quando seu uso clínico ser indicado. Pode ser usada na dose de 200 a 800mg/dia/oral.

Manutenção sem Benzodiazepínicos

Nesta fase, o paciente deve receber reassseguramento da capacidade de lidar com estresse sem os BZD, bem como ênfase na melhora da qualidade de vida. Deve-se oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para sobrepujar a ansiedade, psicoterapia formal e psicofarmacoterapia de estados depressivos subjacentes ou de outras comorbidades. Ajudá-lo a distinguir entre os sintomas de ansiedade e abstinência e oferecer suporte por longo prazo.

Abuso e dependência de cocaína/crack

Intoxicação aguda

As complicações cardiovasculares decorrentes do uso de cocaína são as mais frequentes entre as complicações não-psiquiátricas. A angina pectoris é a queixa mais recorrente. Não há particularidades clínicas entre a angina induzida pelo consumo de cocaína e anginas ocasionadas por outras situações. A angina secundária ao consumo de cocaína atinge cerca de 10% dos casos de angina admitidos para tratamento. Desse modo, investigar o consumo de cocaína entre esses indivíduos é extremamente importante.

Cerca de um terço dos *acidentes vasculares cerebrais* em adultos jovens está associado ao consumo de drogas. Entre os indivíduos de 20 a 30 anos esse índice chega a 90%. A cocaína é a substância ilícita mais associada a problemas cerebrovasculares. Desse modo, é fundamental descartar consumo de drogas entre esses indivíduos.

As *convulsões* atingem uma pequena parte dos usuários de cocaína que procuram as salas de emergência, apesar de ser a complicação neurológica mais comum. A tomografia e o eletro-encefalograma são habitualmente normais. Episódios isolados são considerados benignos e não requerem farmacoterapia de manutenção.

As complicações psiquiátricas são o principal motivo de busca por atenção médica entre os usuários de cocaína. Elas podem decorrer tanto de episódios de intoxicação aguda quanto da síndrome de abstinência da substância. Além de ser responsável pelo aparecimento de uma série de transtornos psiquiátricos agudos e crônicos.

Principais sinais e sintomas psiquiátricos agudos entre usuários de cocaína

- Disforia (irritação)
- Ansiedade
- Agitação
- Heteroagressividade
- Sintomas paranóides
- Alucinações

Mesmo quando os sintomas psíquicos sobressaem, há sempre a possibilidade de estarem relacionados às alterações clínicas, tais como hipoglicemia e distúrbios metabólicos, quadros confusionais desencadeados por infecções. Desse modo, uma avaliação clínica inicial completa é sempre desejável e prioritária.

MANEJO DA INTOXICAÇÃO POR COCAÍNA/CRACK		
Quadro clínico	Leve	Grave
Ansiedade/agitação	Asseguramento de cuidados, ambiente calmo e sem estímulos	Diazepam 10mg VO
Sintomas psicóticos	Antipsicóticos em último caso	Haloperidol 5m VO ou IM
Convulsões	Proteção contra traumas e observação.	Diazepam 10mg EV lento

Síndrome de abstinência e dependência da cocaína/crack (SACC)

O tratamento medicamentoso para a remissão dos sintomas de abstinência das anfetaminas não tem se mostrado promissor. As condutas medicamentosas seguem critérios adotados pela clínica individual, tratando os sintomas focais que se apresentam. Benzodiazepínicos podem ser utilizados, tais como o diazepam e lorazepam. O principal cuidado é evitar manter o uso por mais de duas semanas em função do grande risco de desenvolvimento de dependência, agravando o problema. Dessa forma a parte mais importante do tratamento são as medidas não farmacológicas de

manejo da compulsão, como as descritas abaixo e atendimento especializado e/ou em grupos de mutua ajuda (vide outros recursos no final).

Diversos medicamentos já foram testados com a finalidade de tratamento da SACC ou como possíveis agentes de tratamento a longo prazo, como anticonvulsivantes, agonistas dopaminérgicos, antipsicóticos, antidepressivos diversos e outros, mas sem efeitos consistentes. O único fármaco com evidências de resposta é o dissulfiram, mais comumente usado para a dependência do álcool (vide abaixo).

Outra evidência importante é que dependentes de cocaína com depressão respondem mal a fluoxetina, sendo preferível o uso de antidepressivos noradrenérgicos e dopaminérgicos, como a nortriptilina e bupropiona e que o tratamento pode ser instituído mesmo sem abstinência estável da droga, com benefícios, mas também estando atentos para o aumento de risco de convulsões no uso com a bupropiona e de arritmias cardíacas com a nortriptilina.

Tratamento Farmacológico das dependências químicas

O tratamento farmacológico das dependências químicas como um todo não deve ser a estratégia terapêutica principal, visto que inúmeros outros fatores, além dos biológicos, perfazem estas doenças, mas deve ser pensada como uma importante ferramenta médica na melhor abordagem dos pacientes. Infelizmente existem poucas intervenções farmacológicas com evidências de resultado nesses transtornos.

Dissulfiram (DSF) tem demonstrado ser mais efetivo (diminui número de dias de consumo do álcool) para pacientes que acreditam em sua eficácia e permaneçam aderentes ao tratamento.

É uma medicação que atua bloqueando a enzima aldeído desidrogenase, no metabolismo do álcool, gerando acúmulo de um metabólito tóxico, o acetaldéido. Esse acúmulo gera os sintomas de rubor facial e generalizado, seguido de queda da pressão arterial, dores de cabeça latejante, náuseas, vômitos, fraqueza, dor no peito, falta de ar, taquicardia, palpitações, sudorese, cansaço, confusão mental, hipotensão e até choque. Reações mais graves como depressão respiratória, arritmias cardíacas e convulsões, podem provocar o óbito.

O paciente deve ser sempre cuidadosamente informado a respeito da interação entre o álcool e o dissulfiram, com a assinatura de consentimento informado (vide anexo), não se admitindo seu emprego sem o conhecimento do paciente.

O dissulfiram também bloqueia a enzima dopamina β hidroxilase, aumentando o nível cerebral de cocaína e dopamina. Assim ele aumenta sintomas desconfortáveis do uso de cocaína, como ansiedade, paranóia e disforia, tendo sido demonstrada redução no uso de cocaína em alguns ensaios clínicos pequenos. Outra hipótese é que pelo aumento de dopamina cerebral ele aliviaria a síndrome de abstinência e consequentemente a compulsão pelo uso de cocaína.

Para ambas as indicações a forma de administração é a mesma. Inicia-se o uso com 500mg/dia em uma tomada, sendo mantida essa dose por uma semana e depois reduzida para 250mg/dia. O efeito de inibição da aldeído desidrogenase dura em média duas semanas após a suspensão do medicamento, sendo contraindicado o uso de álcool ainda por esse período.

Manejo não farmacológico da dependência de SPA

- ✓ Fazer listagem das motivações para manter a mudança de comportamento escolhida (abstinência ou redução).
- ✓ Evitar atividades associadas com o hábito do uso da substância, como pessoas, lugares e situações.
- ✓ Identificar situações que aumentem o risco de recaída e criar estratégias para lidar com elas.
- ✓ Procurar envolver-se em atividades prazerosas não relacionadas ao uso da substância.
- ✓ Fazer listagem de recursos sociais de apoio, e buscá-los **antes** de recair, para apoio.
- ✓ Envolver-se em grupos de mútua ajuda (AA e NA por exemplo, vide abaixo).
- ✓ Usar técnicas de manejo da ansiedade, como respiração profunda e relaxamento para lidar com a compulsão.
- ✓ Estimular atividades físicas moderadas, que ajudam no manejo da ansiedade e compulsão, aumentando a sensação de bem estar.
- ✓ Para pais de dependentes, em especial adolescentes, orientar a importância da existência de regras claras, negociadas e mantidas, envolvimento afetivo com os filhos e acompanhamento nas atividades dos filhos, sendo essas medidas também preventivas ao abuso e dependência de SPA.
- ✓ Estimular que a família busque apoio (Alanom, Naranom, Amor exigente, CAPSad, por exemplo).

Outros recursos

AA – <http://www.alcoolicosanonimos.org.br>

NA - <http://www.na.org.br/portal/>

Alanom - <http://www.al-anon.org.br/>

Naranom - <http://www.naranon.org.br/>

Amor exigente - <http://www.amorexigente.org.br/home.asp>

Para aqueles com interesse em aprofundar os conhecimentos na área é fortemente recomendada a participação no treinamento SUPERA <http://www.supera.org.br/senad/> produzido por equipe da UNIFESP e patrocinado pela SENAD, direcionado para profissionais da saúde, com material de alta qualidade e inscrições gratuitas.

CLINICAL WITHDRAWAL ASSESSMENT REVISED (CIWA-Ar)

Nome: _____ Data: _____

FC: _____ PA: _____ Hora: _____ Horas de abstinência: _____

1. VOCÊ SENTE UM MAL-ESTAR NO ESTÔMAGO (ENJÔO)? VOCÊ TEM VOMITADO?

- 0 NÃO
 1 NÁUSEA LEVE, SEM VÔMITO
 4 NÁUSEA RECORRENTE, COM ÂNSIA DE VÔMITO
 7 NÁUSEA CONSTANTE, COM VÔMITO

2. TREMOR COM OS BRAÇOS ESTENDIDOS E OS DEDOS SEPARADOS.

- 0 NÃO
 1 NÃO VISÍVEL, MAS SENTE
 4 MODERADO, COM OS BRAÇOS ESTENDIDOS
 7 SEVERO, COM OS BRAÇOS ESTENDIDOS

3. SUDORESE

- 0 NÃO
 1 DISCRETA, MAIS EVIDENTE NA PALMA DA MÃO
 4 FACIAL
 7 PROFUSA

PARA RESPONDER ÀS PERGUNTAS 4, 5 E 6

- 0 NÃO
 1 MUITO LEVE
 2 LEVE
 3 MODERADO
 4 ALUCINAÇÕES MODERADAS
 5 ALUCINAÇÕES GRAVES
 6 ALUCINAÇÕES EXTREMAMENTE GRAVES
 7 ALUCINAÇÕES CONTÍNUAS

4. TEM SENTIDO COCEIRAS, SENSÇÃO DE INSETOS ANDANDO PELO CORPO, FORMIGAMENTOS, PINICAÇÕES?

5. VOCÊ TEM OUVIDO SONS A SUA VOLTA? ALGO PERTURBADOR, SEM DETECTAR NADA POR PERTO?

6. AS LUZES TÊM PARECIDO MUITO BRILHANTES? DE CORES DIFERENTES? VOCÊ TEM VISTO ALGO QUE TEM LHE PERTURBADO? VOCÊ TEM VISTO COISAS QUE NÃO ESTÃO PRESENTES?

7. VOCÊ SENTE NERVOSO?

- OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR**
 0 NÃO
 1 MUITO LEVE
 4 LEVEMENTE
 7 ANSIEDADE GRAVE, EM ESTADO DE PÂNICO

8. VOCÊ SENTE ALGO NA CABEÇA? TONTURA, DOR, APAGAMENTO?

- 0 NÃO
 1 MUITO LEVE
 2 LEVE
 3 MODERADO
 4 MODERADO/GRAVE
 5 GRAVE
 6 MUITO GRAVE
 7 EXTREMAMENTE GRAVE

9. AGITAÇÃO

- OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR**
 0 NORMAL
 1 UM POUCO MAIS QUE A ATIVIDADE NORMAL
 4 MODERADAMENTE
 7 CONSTANTE

10. QUE DIA É HOJE? ONDE VOCÊ ESTÁ? QUEM SOU EU?

- OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR**
 0 ORIENTADO
 1 INCERTO SOBRE A DATA, RESPOSTA INSEGURA
 2 DESORIENTADO COM DATA, NÃO MAIS QUE 2 DIAS
 3 DESORIENTADO COM DATA, MAIS QUE 2 DIAS
 4 DESORIENTADO COM O LUGAR E A PESSOA

Escore

- 0 - 8 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA LEVE**
9 - 15 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA MODERADA
16 - 67 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA GRAVE

FONTE: Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the Clinical Institute Withdrawal Assessment Alcohol Scale (CIWA-Ar). Br J Addict 1989; 84: 1353-7.

OBS: O quadro que lista algumas condutas, não faz parte da escala CIWA-Ar.

Com escores totais:

>= 16 (pontuações altas são preditivas de DT e/ou convulsões): observação em leito de pronto-socorro, CAPSad ou enfermagem clínica hospitalar;
<16: internação domiciliar com avaliações diárias ou em dias alternados.

A prescrição de benzodiazepínicos deve ser baseada em sintomas, avaliados a cada hora pela aplicação da **escala CIWA-Ar**.

Quando a pontuação obtida for **>= 9**, administrar uma das seguintes opções, até aliviar a SAA (leve sedação):

- **Diazepam:** 10-20mg VO a cada hora até alívio dos sintomas;
- Nos casos de hepatopatias graves: **Lorazepam:** 2-4mg VO a cada hora.
- A administração de BDZ por **via intravenosa** requer técnica específica e retaguarda para manejo de eventual parada respiratória. Deve-se administrar no máximo 10mg de diazepam durante 4 minutos, sem diluição.

- Calcular a dose total utilizada para atingir o alívio da SAA (em geral 40mg de diazepam/dia, mas no DT se usa em torno de 60mg/dia) e fracionar essa dose em 3 a 4 tomadas por dia (exemplo: 1cp 8hs, 1cp 14hs e 2cp 20hs), retirando cerca de ½ comprimido por dia.

- Prescrever **Tiamina** 300mg IM (Citoneurin® 5000 ou 1000 injetáveis): 01 amp. IM 3x/dia por 3 a 7 dias, seguida de tiamina 300mg 1comprimido por via oral 1x/dia por 60 dias. Na falta de tiamina, usar complexo B 1comprimido 3x/dia por 60 dias.

Psicose

Alcances e limites dos antipsicóticos

Estudos de metanálises e revisões sistemáticas de estudos randomizados controlados mostraram benefício de antipsicóticos convencionais (típicos) ou de segunda geração (atípico) para o tratamento agudo dos quadros psicóticos. Além disso, o tratamento de manutenção com antipsicóticos nos transtornos delirantes e na esquizofrenia está associado à prevenção de recaídas. O tempo entre o início dos sintomas psicóticos e o início do tratamento (*DUP - Duration of untreated psychoses*) está associado ao prognóstico. Quanto mais precoce for a intervenção medicamentosa melhor será o prognóstico. Porém, vale ressaltar que mesmo em uso de antipsicótico pode haver recaída dos sintomas.

Medicações disponíveis na SMS de Florianópolis para uso em Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos:

Haloperidol 5 mg – Em pacientes com primeiro episódio psicótico a dose média varia de 1 a 5 mg/dia. Para pacientes com múltiplos episódios a dose média varia de 5 a 15 mg/dia.

Haloperidol Solução Oral - 10 gotas equivalem a 1 mg. Usado para crianças e idosos quando necessitarem de baixa dosagem ou de fracionamento.

Decanoato de Haloperidol - 1 ampola a cada 4 semanas corresponde a 2,5 mg da dosagem VO ao dia. Usado nos casos de baixa aderência medicamentosa.

Clorpromazina* 100 mg - Para pacientes com primeiro episódio psicótico a dose média varia de 200 a 500 mg/dia e para pacientes com múltiplos episódios a dose média varia de 300 a 600 mg/dia.

* Perigo de hipotensão postural e sedação. Recomenda-se iniciar o tratamento com 50 mg de manhã e 100 mg à noite, com aumento progressivo da dose.

Dificuldades

Uma grande parte dos indivíduos com sintomas psicóticos não irá procurar o posto de saúde em busca de tratamento. Geralmente, o contato com o posto é realizado por um dos familiares ou o caso é trazido pelos agentes comunitários. Assim que identificados pacientes com sintomas psicóticos, uma abordagem para avaliação do quadro se faz necessária. Precisa ser lembrado que algumas condições clínicas, tais como hipertireoidismo ou lúpus eritematoso sistêmico, assim como uso de corticosteróides, por exemplo, podem levar a um quadro psicótico, o que reforça a necessidade de uma avaliação clínica cuidadosa. Por não reconhecer os sintomas como um problema, na maioria dos casos, os pacientes tendem a apresentar queixas físicas ou inespecíficas.

Indicações

Os antipsicóticos são utilizados para tratamento sintomático de diversos transtornos mentais e em algumas situações específicas da clínica. Seu uso ainda é estabelecido de maneira empírica, e cabe ao clínico o julgamento e a indicação do antipsicótico, levando em conta riscos e benefícios, bem como outras possibilidades terapêuticas. Os antipsicóticos podem ser indicados em quadros agudos e por tempo prolongado dependendo do quadro clínico do paciente:

- ✓ Transtornos mentais agudos e crônicos que podem cursar com psicose: demência, deficiência mental, confusão mental aguda, abuso de substâncias psicoativas, transtornos mentais orgânicos
- ✓ Esquizofrenia e outros transtornos delirantes
- ✓ Transtorno de humor bipolar
- ✓ Agitação psicomotora
- ✓ Prevenção de recaída de quadros psicóticos
- ✓ Transtorno de personalidade
- ✓ Outros: Síndrome de Gilles de Tourette, náuseas e vômitos, soluços.

1) Como fazer a abordagem geral no uso de antipsicóticos?

- ✓ É essencial engajar o paciente e a família, desde o início, no tratamento.
- ✓ No início do tratamento, é importante agendar consultas freqüentes.
- ✓ Discutir o caso com equipe de saúde mental assim que for possível.
- ✓ Deve iniciar-se o tratamento com dose baixa, aumentando-a gradualmente, conforme a adaptação do paciente, até atingir dose ideal.
- ✓ Os pacientes com primeiro episódio psicótico geralmente irão precisar de doses mais baixas.
- ✓ A instalação do efeito antipsicótico demora algumas semanas. Assim, deve-se esperar no mínimo 8 semanas antes de considerar que o paciente não respondeu ao tratamento.
- ✓ Deve-se verificar a adesão ao antipsicótico e sua tolerabilidade.
- ✓ Para reduzir o risco de efeitos colaterais extrapiramidais, recomenda-se o emprego de doses tão baixas quanto possível. O uso de doses altas de ataque, bem como a elevação rápida da dosagem e o tratamento com doses supratrapêuticas, não tem demonstrado eficácia superior às doses terapêuticas baixas, mas tem sido associado à maior incidência e intensidade de efeitos adversos.
- ✓ A diminuição prematura da dose do medicamento pode levar à recorrência dos sintomas e à recaída.
- ✓ O tratamento de manutenção deve ser contínuo, devido ao risco maior de recaída com tratamentos com uso intermitente de medicação antipsicótica. A dose usada no controle do quadro agudo vai sendo reduzida gradativamente, ao longo de vários meses, até atingir a menor dose efetiva possível, em geral cerca de metade da dose utilizada na fase aguda.
- ✓ *Sintomas depressivos* que ocorrem durante um episódio psicótico agudo usualmente melhoram à medida que os pacientes se recuperam da psicose.
- ✓ Há evidências de que tanto as medicações antipsicóticas de primeira como as de segunda geração podem reduzir o *risco de suicídio*.
- ✓ Os pacientes idosos são mais sensíveis aos efeitos colaterais, sobretudo os antialfa-adrenérgicos (hipotensão e sedação) e anticolinérgicos (déficits de memória, quadros confusionais, efeitos extrapiramidais), que devem ser considerados na escolha da medicação. As doses iniciais recomendadas são de 25% a 50% da dose habitual de início para um adulto jovem.
- ✓ A **Tabela 1** apresenta dados de riscos para uso de antipsicótico na gestação e lactação.

Tabela 1 - Estudos com antipsicóticos na gestação e lactação

Medicação	Primeiro trimestre da gravidez	Período neonatal	Lactação
Clorpromazina	++	++	++
Haloperidol	+++	+++	+
Risperidona	-	-	+
Olanzapina	+	+	-
Clozapina	+	+	-
Quetiapina	+	+	

++++ Estudos controlados asseguram o uso

+++ Estudos de casos asseguram o uso

++ Relatos de casos asseguram o uso

+ Poucos relatos de casos asseguram seu uso

- Uso deve ser evitado, evidências de dano

2) Quais são os cuidados que devem ser considerados com uso de cada antipsicótico?

- ✓ O haloperidol é um antipsicótico de alta potência que está associado a propensão de causar efeitos colaterais extrapiramidais, tais como tremores de extremidade, rigidez muscular, distonia aguda, acatisia (transtorno de movimento caracterizado pela sensação subjetiva de inquietude, disforia e irritação e movimentos não discinéticos) e discinesia tardia (movimentos involuntários, anormais e repetitivos localizados principalmente na região orofacial, tronco, extremidades inferiores e superiores). O manejo desses efeitos colaterais pode ser feito com redução da dose do antipsicótico quando for possível ou introdução de medicação anticolinérgica (biperideno), em doses de 2 a 6 mg/d, via oral, dividido em duas a três tomadas. A prometazina também pode ser usada, em dose de 25 a 100 mg/d. (levar em consideração o potencial de abuso do biperideno).

- ✓ A clorpromazina é um antipsicótico de baixa potência e está associado a efeitos colaterais anticolinérgicos (boca seca, visão borrada, aumento da pressão intra-ocular, constipação, retenção urinária, taquicardia e confusão mental), por bloqueio de receptores alfa1-adrenérgicos (tontura, sonolência e hipotensão) e de receptores histamínicos (sedação e ganho de peso). Este antipsicótico deve ser evitado em pacientes idosos.
- ✓ Os pacientes que apresentam problemas graves de intolerabilidade aos antipsicóticos convencionais, tais como, discinesia tardia, distonias graves, acatisia com risco de suicídio, síndrome neuroléptica maligna, diagnóstico de prolactinomas e câncer de mama prolactino-dependente devem ser tratados com antipsicóticos de segunda geração.
- ✓ Os antipsicóticos de segunda geração (risperidona, olanzapina, quetiapina e clozapina) estão disponíveis como medicações excepcionais, na rede Estadual, com indicações precisas do Ministério da Saúde.
- ✓ Os antipsicóticos de segunda geração estão associados a efeitos colaterais importantes, tais como o aumento de peso, o aumento dos lipídios, as alterações dos carboidratos e, conseqüentemente, ao risco metabólico e cardiovascular.
- ✓ A clozapina e a olanzapina, foram associados a um maior risco de ganho de peso, diabetes e dislipidemia do que a ziprasidona e o aripiprazol, e a risperidona e a quetiapina apresentaram riscos intermediários para ganho de peso e resultados discrepantes para avaliação do diabetes e da dislipidemia.
- ✓ A risperidona está associada ao aumento de prolactina e sintomas extrapiramidais e a ziprasidona ao aumento do intervalo QT.
- ✓ Em indivíduos com esquizofrenia refratária bem definida, a clozapina é o antipsicótico de escolha, uma vez que há evidências de sua superioridade em relação aos demais antipsicóticos. Ela também deve ser droga de escolha em casos de discinesia tardia grave. Devido ao risco de agranulocitose o controle com hemograma é necessário.

3) O que esperar e em quanto tempo das medicações antipsicóticas?

- ✓ O uso de antipsicótico no tratamento de manutenção é eficaz na prevenção de recaídas.
- ✓ O tratamento de longo prazo é indicado para todos os pacientes com esquizofrenia.
- ✓ O uso de antipsicótico é fortemente recomendado num período de 1 a 2 anos em pacientes com primeiro episódio e de 2 a 5 anos para pacientes com uma recaída e mais de 5 anos para pacientes com múltiplos episódios.

Epilepsia e Transtorno bipolar do humor

Como escolher as drogas antiepilépticas (DAE)?

A informação mais importante para a escolha da DAE adequada para o tratamento é o diagnóstico de crises. Para cada tipo de crise temos drogas classificadas como de primeira e de segunda linha, de acordo com a eficácia e toxicidade. Existe um consenso razoável, porém não completo, com relação às indicações terapêuticas que está apresentado na **Tabela 1**.

Tabela 1. Medicações indicadas de acordo com o tipo de crise.

Tipo de crise	1ª linha ¹	2ª linha ²	
Crises parciais	Carbamazepina	Fenitoína ³	
	Valproato de Sódio	Fenobarbital ³	
		Clobazam	
		Lamotrigina ⁴	
		Topiramato ⁴	
		Gabapentina ⁴	
Crises Generalizadas			
	• Tônico-Clônica	Valproato de Sódio	Fenitoína
		Carbamazepina	Clobazam
		Fenobarbital	Vigabatrina ⁵
			Lamotrigina ⁴
• Ausência	Valproato de Sódio	Clobazam	
	Etossuximida	Lamotrigina ⁴	
		Topiramato ⁴	
• Mioclônica	Valproato de Sódio	Fenobarbital	
		Clobazam	
		Lamotrigina ⁴	
		Topiramato ⁴	

FONTE: Baseado em Terapêuticas nos Transtornos Mentais Associados à Epilepsia - Renato Marchetti, e MS.

¹ A ordem de aparecimento representa a ordem de preferência.

² A ordem de aparecimento representa apenas a ordem de disponibilidade no mercado

³ Apesar de eficaz está associado a efeitos colaterais cognitivos e psiquiátricos, o que a coloca como droga de segunda linha.

⁴ Usada quando pacientes apresentam efeitos colaterais cognitivos negativos ou intolerância às drogas de primeira linha ou falta de controle das crises – Medicação excepcional

⁵ Usada em pacientes com crises parciais e CTCT refratários

Quais são os cuidados com o uso das DAE?

Os seguintes princípios gerais devem ser considerados na prescrição das DAE para pacientes com epilepsia:

- ✓ Formular diagnóstico de crises e síndrome antes do início do tratamento.
- ✓ Em geral, indicar tratamento apenas após a ocorrência de ao menos duas crises.
- ✓ Iniciar tratamento com apenas uma DAE.
- ✓ Valproato de Sódio não deve ser prescrito rotineiramente para mulheres em idade reprodutiva, tampouco para mulheres de menos de 18 anos pelo risco de síndrome de ovários policísticos. Caso não haja outra opção, usar algum método contraceptivo.
- ✓ A dose de carbamazepina deve ser aumentada gradualmente para reduzir o risco de ataxia.

- ✓ Iniciar com doses mais baixas para idosos e pessoas debilitadas e monitorar sedação, tremor e alterações da marcha.
- ✓ Usar níveis séricos de DAE como guias, não como objetivo de tratamento.
- ✓ Buscar solução de compromisso entre o controle das crises e funcionamento global do paciente.
- ✓ Observar possíveis efeitos colaterais cognitivos e psiquiátricos (depressão, psicose, irritabilidade).
- ✓ Se as crises continuarem apesar da dose máxima tolerada de uma DAE de primeira linha, reconsiderar diagnóstico, aderência e depois, iniciar uma segunda DAE, aumentar até uma dose mínima de manutenção e, em seguida, retirar a primeira DAE.
- ✓ Se as crises continuarem, apesar da dose máxima tolerada da segunda DAE de primeira linha, introduzir uma combinação de duas DAE de primeira linha.
- ✓ Se não houver benefício adicional com terapia dupla, continuar com a DAE mais eficaz e/ou menos tóxica e introduzir tratamento adicional com DAE de segunda linha (considerar retirada da primeira DAE se houver sucesso com a conduta).
- ✓ Com o paciente em remissão, continuar o tratamento por pelo menos 2 anos.

A **Tabela 2** descreve o modo de usar e farmacocinética das DAE.

Tabela 2 - Características farmacológicas das principais DAE utilizadas

Medicação	Carbamazepina	Valproato de sódio	Fenitoína	Fenobarbital
Doses iniciais	200 mg/d (2 a 4 tomadas)	250 a 500 mg/d	100 mg/d	50 mg/d
Doses de manutenção	400 a 1800 mg/d	500 a 3000 mg/d	200 a 400 mg/d	100 a 200 mg/d
Frequência	2-4	1-3	1-3	1-3
Meia-vida	20 a 55 horas	9 a 21 horas	9 a 140 horas	50 a 160 horas
Tempo para atingir o estado de equilíbrio	até 10 dias (pode ocorrer queda posterior por auto-indução)	4 dias	7 a 21 dias	até 30 dias

Uso de DAE e lítio no Transtorno Bipolar de Humor

Para o tratamento do Transtorno Bipolar de Humor algumas DAE, além do lítio, são as medicações mais indicadas. Assim, os princípios e estratégias de uso das DAE utilizados no tratamento para epilepsia também servem para o tratamento do Transtorno Bipolar. A **Tabela 3** descreve o manejo baseado nas características farmacológicas dos estabilizadores do humor no tratamento de pacientes com transtorno bipolar de humor.

Tabela 3 - Características farmacológicas dos estabilizadores de humor

Medicação	Lítio	Carbamazepina	Valproato de sódio
Como iniciar	900 mg/dia; aumentar 300 a 600mg a cada dois ou três dias conforme tolerado.	200 a 400/dia; aumentar 200mg a cada 2-4 dias.	500 a 750 mg/dia, aumentando 250-500mg a cada 2-3 dias, se tolerado.
Como manter	900 a 1800 mg/dia; até 1200 mg pode ser dado em dose única à noite, se tolerado, ou em duas doses diárias.	400 a 1.200 mg/dia, em dose única noturna ou duas a quatro doses diárias.	1.000 a 3.000 mg/dia (doses mais baixas podem ser usadas na hipomania), em dose única noturna ou duas doses diárias.
Nível sérico	0,8 a 1,2 mEq/L	4 a 12 µg/ml	50 a 120 µg/ml
Efeitos colaterais comuns	Acne, edema, diarreia, ganho de peso, náuseas, polidipsia, poliúria, tremores finos. Alopecia, alteração ECG, cãries, convulsão, fadiga, queixas cognitivas, hepatotoxicidade, leucocitose, psoríase (exacerbação), rash cutâneo, hipotireoidismo, tontura.	Ataxia, diplopia, dor epigástrica, náuseas, prurido, sedação, tonturas. Agranulocitose, alopecia, alteração ECG, dermatite, ganho de peso, rash cutâneo, síndrome de Stevens-Johnson, hiponatremia, hepatotoxicidade, interações medicamentosas (indução do citocromo P450).	Aumento de apetite, ganho de peso, náuseas, sedação, tremores finos. Agranulocitose, alopecia, rash cutâneo, hepatotoxicidade, pancreatite hemorrágica.
Exames de controle	Hemograma, função tireoidiana, função renal e lítemia a cada 6-12 meses e ECG para maiores de 40 anos.	Hemograma, função hepática, eletrólitos, função tireoidiana e dosagem sérica de carbamazepina a cada 6 meses.	Hemograma, função hepática a cada 6 meses.
Interações com outras drogas	AINE, diuréticos e inibidores da ECA	Eritromicina, claritromicina, antiácidos, antidepressivos, anticoncepcionais orais, anticoagulantes e bloqueadores de canais de cálcio	Aspirina, antiácidos, carbamazepina, fenobarbital, lamotrigina

Cuidados específicos com Lítio

- ✓ Iniciar com doses mais baixas para idosos, pessoas debilitadas e em hipomania.
- ✓ Evitar uso de AINE (anti-inflamatórios não esteróides).
- ✓ Sempre que usar AINE e diurético monitorar o nível sérico de lítio e ajustar a dose.
- ✓ Avaliar risco de intoxicação: diarreia, cólica, vômitos, tremores, ataxia e disartria. Ocorre com nível sérico de lítio maior que 1,5 mEq/L.

As **Tabelas 4, 5 e 6** descrevem as interações medicamentosas com o Lítio, a Carbamazepina e com o Valproato de Sódio, respectivamente.

Tabela 4 - Interações Medicamentosas com o Lítio

Droga	Efeito na lítemia
Hidroclorotiazida	Aumenta a lítemia
Furosemdia	Aumenta ou diminui a lítemia
Espironolactona	Diminui a lítemia
AINEs*	Aumenta a lítemia
Captopril e enalapril	Aumenta a lítemia
Bloqueadores de canais de cálcio	Aumenta ou diminui a lítemia

Tabela 5 - Interações Medicamentosas com a Carbamazepina

Droga	Interação
Eritromicina, Claritromicina	Aumenta o nível de carbamazepina
Antiácidos (cimetidina e omeprazol)	Aumenta o nível de carbamazepina
Antidepressivos (fluoxetina, sertralina, imipramina e amitriptilina)	Diminui o nível dos antidepressivos e aumenta o nível de carbamazepina
Anticoncepcionais orais	Diminui níveis hormonais
Anticoagulantes (dicumarol e varfarina)	Aumenta metabolização dos anticoagulantes
Verapamil	Aumenta o nível de carbamazepina (isto não ocorre com a nifedipina)

Tabela 6 - Interações Medicamentosas com o Valproato de Sódio.

Droga	Interação
Fenobarbital	Aumenta o nível de fenobarbital
Antiácidos (contendo alumínio e magnésio)	Aumenta o nível de valproato de sódio
Lamotrigina	Aumenta risco de efeitos adversos cutâneos (deve ser introduzida lentamente)
Carbamazepina	Diminui o nível de valproato de sódio, possivelmente aumenta o nível de carbamazepina
Aspirina	Aumenta o nível de valproato de sódio

Gestantes, puérperas e lactantes – Todas as informações disponíveis acerca do medicamento devem ser pesadas individualmente para avaliar a relação risco-benefício do tratamento durante a gravidez e puerpério. No primeiro trimestre da gravidez, o maior risco é o de teratogênese, posteriormente, há risco de retardo do crescimento, dano neurológico e sintomas de abstinência ao nascimento.

As orientações mais recentes indicam que o lítio deve ser mantido durante toda a gravidez monitorando-se o feto (o risco de malformação cardíaca varia de 0,005 a 0,05% o que não justificaria a interrupção do lítio). Caso opte-se por descontinuar é preciso fazer apenas se o quadro clínico bipolar permitir. O monitoramento do lítio no último mês gestacional deverá ser semanal e descontinuado ou reduzido à metade de 2 a 3 dias antes do parto. A teratogenicidade da carbamazepina e do valproato de sódio atinge 1% a 5% dos pacientes, na forma de anomalias de tubo neural e anomalias craniofaciais. Na impossibilidade de suspensão dessas medicações o uso de ácido fólico é recomendado antes da gravidez e durante o primeiro trimestre gestacional.

Há poucos estudos de lactantes em tratamento com psicotrópicos. A Associação Pediátrica Americana contra-indica o uso de lítio durante a amamentação, o que não ocorre com a carbamazepina e com o valproato de sódio.

Emergências

Agitação Psicomotora

Quadro:

- queixas do paciente: nervosismo, inquietação e irritabilidade;
- aumento da excitabilidade, inquietação, resposta exacerbada aos estímulos internos e externos, irritabilidade e atividade motora e verbal inapropriada e repetitiva;
- curso flutuante que pode se modificar rapidamente ao longo do tempo;
- comportamento agressivo: aquele que inflige danos morais e/ou físicos ao próprio paciente e aos demais indivíduos.

Causas

- Não é exclusiva de nenhum transtorno psiquiátrico específico (quadros funcionais), necessitando sempre de diagnóstico diferencial com outras causas médicas (quadros "orgânicos");
- Intoxicação e Abstinência de álcool e outras drogas (maconha, cocaína, anfetamina);
- Condições Médicas Gerais: Tireotóxicose, Intoxicações medicamentosas, Infecções SNC, TCE, AVC, Demências, Quadros infecciosos em idosos, Hipoglicemia, Hiponatremia, Hipóxia;
- Esquizofrenia e surto Maníaco: alterações de pensamento (delírios), sensopercepção (alucinações) e afeto (irritabilidade, grandiosidade);
- T. Personalidade (*Borderline*/Anti-social/Paranóide): baixa tolerância à frustração e descontrole de impulsos.

Fatores de risco para comportamento agressivo:

- ser jovem e do sexo masculino (maior gravidade);
- história prévia de comportamento agressivo;
- surto (episódio agudo) psicótico, principalmente se com voz alucinatória de comando;
- uso/abuso/dependência (intoxicação/abstinência) de álcool e outras drogas;
- transtorno de personalidade anti-social (condutas delinquentes) ou *borderline* (emocionalmente instável)

Preditores de comportamento violento:

- Aumento de exigências, do tom de voz (gritos, linguagem ameaçadora);
- Postura de desconfiança indicando componente paranóide;
- Sentimento contratransferencial de medo apresentado pelo profissional de saúde;
- Comportamento de permanecer de pé ou andando pela sala;
- Recusa seguir orientações dadas pela equipe;

Manejo:

- Atender prioritariamente para não piorar a agitação/agressividade: maior brevidade no atendimento reduz o risco do paciente acabar realmente agredindo alguém, de ficar violento;
- Entrevista Dirigida: buscando motivo do atendimento, sinais e sintomas para diagnóstico diferencial (e conduta emergencial) entre os quadros "orgânicos" (condição médica, incluindo álcool e drogas) e os quadros funcionais (decorrente de transtorno psiquiátrico primário).

Manejo Ambiental:

- Organização do espaço físico (sala de atendimento):
- profissional deve ter acesso fácil à saída da sala de atendimento (mais perto da porta);
- a porta deve permanecer aberta e sem chave no trinco;
- não apresentar objetos que podem ser quebrados ou usados como armas (vasos de vidro, estiletes, tesouras, extratores de grampas, espetos para papéis, etc.);
- afastar o paciente de familiares ou membros de equipe que estejam envolvidos no motivo de agitação do paciente;
- atender com outros profissionais (com segurança próximo da porta) o paciente violento, mas nunca tentar tirar uma arma (branca ou de fogo) da mão de um paciente (chamar polícia);
- evitar contato físico com o paciente, pois poderá interpretar como ameaça (paranóide) ou assédio sexual (mania);

Manejo Comportamental (Atitudinal) e Verbal:

- Encarar a agressividade como um sintoma clínico e de sofrimento psíquico;
- Avaliar próprios sentimentos de raiva e medo despertados no atendimento do paciente agitado para evitar medidas punitivas e demasiadamente permissivas;
- Apresentar-se ao paciente com postura empática (sempre ouvir com interesse a versão do paciente, para ele se sentir acolhido, escutado, compreendido) e tranquilizadora (pausada, evitando elevar o tom de voz e frases hostis, extremamente autoritárias ou confrontações);
- Os movimentos devem ser suaves, evitando escrever na frente do paciente;
- Manter certa distância do paciente e não dar as costas, atender olhando o paciente e seus movimentos;

Manejo Farmacológico:

- O objetivo é tranquilizar, mas não sedar excessivamente, pois interfere na avaliação subsequente. Se paciente agitado, mas ainda um pouco cooperativo, optar pela via oral (conversar com o paciente sobre a via de administração).

Antipsicóticos (preferencialmente em pacientes psicóticos):

Haloperidol:

- VO (comprimido de 5mg): geralmente usa-se 2,5mg (idosos) a 5,0 mg (2,5 a 10,0 mg/dia). Pico plasmático pode ser atingido entre 1 a 4 horas. Pode ser repetida a cada 2 a 4 horas.
- IM (ampolas 5mg/1ml): geralmente usa-se 2,5 (idosos) a 5 mg, podendo ser repetida a intervalos mínimos de 1 hora (início de ação/pico plasmático entre 30 a 60 min.). Dose máxima diária é de 30mg. Nunca usar Decanoato de Haloperidol (depósito) como medida de tranquilização rápida, pois o efeito antipsicótico é lento e se houver efeitos extrapiramidais (acatisia/distonia) ou síndrome neuroléptica maligna, o tempo de exposição ao remédio é muito prolongado.
- EV: evitar, por risco de arritmias cardíacas. Necessitaria de monitorização com ECG, pois QTc maiores que 450 msec ou 25% maiores que o basal, requerem interrupção da aplicação e interconsulta cardiológica.
- baixa incidência de sedação excessiva ou de hipotensão, menor diminuição do limiar convulsivo, menor potencial de provocar arritmias.
- efeitos colaterais: extrapiramidais (acatisia e distonias agudas) e síndrome neuroléptica maligna;
- evitar em intoxicações agudas de psicoestimulantes por risco aumentado de arritmia. Nesses casos, podem-se usar benzodiazepínicos, mas, se sintomas psicóticos associados, usar também haloperidol em menores doses.
- homens jovens têm maior risco de distonias/acatisia com haloperidol, podendo ser associado na abordagem de emergência (exceto na depressão SNC) um benzodiazepínico como diazepam ou lorazepam por via oral (ver abaixo). Se indisponíveis no momento ou paciente (saúdavel, em suspeita de surto psicótico ou maníaco sem outra condição médica) não aceita a via oral, pode-se aplicar prometazina 25-50mg IM (ampolas de 50mg/2ml) junto com o haloperidol IM.

Clorpromazina:

- Evitar, pois pode provocar sedação excessiva, hipotensão, diminuição limiar convulsivo, arritmias cardíacas e lesão muscular local na aplicação IM (volume muito grande – 25mg/5ml).

Benzodiazepínicos (sedativos e ansiolíticos).

- Evitar em pacientes intoxicados com depressores do SNC (álcool, barbitúricos, etc.), que sofreram TCE ou com função respiratória prejudicada, pois podem causar, por depressão do SNC: depressão respiratória, sedação excessiva, ataxia e desinibição paradoxal.

Diazepam:

- VO (cp. 5mg e 10mg)- Dose: 5 a 10mg a cada hora até sedação leve (máximo 60mg); pico plasmático entre 30 a 90 minutos e meia vida em geral > 20hs.
- EV (ampolas de 10mg/2ml): evitar, pois o acesso endovenoso é difícil no paciente agitado e só pode ser usada se tiver equipe treinada em manejo de parada respiratória no local do atendimento. Não pode ser diluído porque cristaliza. A infusão deve ser muito lenta (> 2 min)
- IM: evitar, pois cristaliza no músculo, apresentando absorção lenta e errática (imprevisível), com picos de concentração inferiores aos obtidos por via oral.

Lorazepam:

- Benzodiazepínico de escolha em idosos e em pacientes com prejuízo da função hepática (metabolização por conjugação direta, sem metabólitos ativos), como os pacientes com hepatite/cirrose ou polimedicados com fármacos de intensa metabolização hepática (anticoagulantes, etc.);
- Meia-vida intermediária de 8 a 20hs;
- VO (cp. 1mg): usar 1 a 2mg por hora até sedação leve (máximo 10mg). Geralmente 2 a 4 mg são suficientes para controle inicial da maior parte das agitações;
- IM: não disponível no Brasil por instabilidade às altas temperaturas.

Manejo por Contenção Física:

- Último recurso: somente quando os demais recursos discutidos acima falharam, em situações onde fica muito claro o risco de agressão violenta/fuga e paciente não permite uso de medicações
- Deve ser determinada pelo médico que deve acompanhar/coordenar todo o procedimento.
- Preferencialmente deve ser feito por 6 a 7 membros da equipe: uma pessoa coordena e explica o que está sendo feito para o paciente, uma vai colocar as ataduras, uma pessoa para conter cada membro do paciente e uma pessoa para a cabeça e tórax. Se não houver sete pessoas disponíveis, cada profissional que contém um membro pode aplicar a sua própria atadura (deixar atadura no bolso/avental) e o coordenador do procedimento pode ser o responsável pela contenção da cabeça e tronco do paciente.
- Observação contínua (incluindo sinais vitais) para evitar garroteamento de membros e dispor hidratação, alimentação e higiene adequadas, e também para evitar agressão do mesmo por outros pacientes.
- Administrar as medicações de contenção química assim que possível para diminuir o tempo de contenção física.
- Intoxicados devem ser mantidos em decúbito lateral ou com cabeceira elevada.
- Menor tempo possível (trombose, lesões de peles e músculos, sensação de punição do paciente, etc.).

- A retirada da contenção deve ser feita na presença de vários membros da equipe (risco de nova agitação), seguindo um esquema gradativo com intervalo de tempo entre cada retirada de ataduras para observação: A) tórax; B) um membro inferior; C) o outro membro inferior; D) ambos os membros superiores.

Diagnóstico Diferencial

Após os riscos de auto e heteroagressividade serem controlados, investigar a etiologia: história prévia psiquiátrica e familiar, comorbidades (doenças de base), evolução temporal dos sintomas, medicamentos em uso e histórico de alergias, entrevista com familiares, uso\abuso\dependência de SPA, exame físico, neurológico e exame do estado mental.

Suspeitar de quadros "orgânicos" quando: for agudo, houver flutuação do nível da consciência, desorientação no tempo e no espaço, presença de alguma condição médica (doenças, TCE, etc.), sem história prévia de transtornos psiquiátricos.

Os exames de laboratório e de imagem são solicitados conforme as situações clínicas específicas (ver abordagem do **delirium**).

Suicídio

Tratar o comportamento suicida como um sinal de sofrimento psíquico intenso, um pedido de ajuda.

Avaliação do Risco de suicídio:

FATORES DE RISCO PARA O COMPORTAMENTO SUICIDA:

<p>Fatores demográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade: adolescentes/adultos jovens (15 a 35 anos) e idosos (>65 anos) - Gênero: masculino (comete 3x mais suicídio, porém mulheres tentam 4x mais) - Raça: branca - Áreas urbanas - Migrantes (pobreza, sem suporte social local) <p>Fatores psicossociais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solidão e isolamento social - Não ter um vínculo conjugal estável: separados (recentemente) > solteiros > viúvos > casados - Estratos econômicos extremos - Desemprego/aposentadoria e problemas financeiros - Profissões: dentista, médico e policial (pressão, meios) - Perda de parente / amigo próximo recente - Datas importantes (reações de aniversário: morte, traumas, etc.) - Problemas legais - Acesso à arma de fogo <p>Fatores psiquiátricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transt. de humor (depressão bipolar > unipolar) 35,8%* - Abuso e dependência de álcool** e outras drogas 22,4% - Transt. Personalidade (impulsividade, agressividade, humor lábil: <i>Borderline</i>, Anti-social, Narcisista) 11,6% - Transt. Psicóticos 10,9% (esquizofrenia 10,6%***) - Transt. Ansiedade (pânico e TOC) e Somatoformes 6,1% - Transt. Alimentares (anorexia e bulimia) 	<p>Fatores médicos</p> <p>Doenças físicas incapacitantes, dolorosas ou terminais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complexo HIV-AIDS - Câncer - Epilepsia - Esclerose Múltipla - Doença cardiopulmonar ou renal - Transtornos mentais orgânicos - Lesões medulares e AVC - Dores crônicas - Lesões desfigurantes perenes <p>Fatores familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> - História familiar de suicídio - História familiar de doença psiquiátrica (afetiva, psicótica e de dependência química) - Abuso físico e abuso sexual na infância - Distúrbios (instabilidade/conflitos interpessoais) e violência no ambiente familiar - Perda de pais na infância <p>Fatores relacionados ao comportamento suicida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentativas prévias de suicídio (risco > se recente) **** - Desesperança - Impulsividade e agressividade - Internação hospitalar e contatos com tratamentos médicos
--	--

* na depressão grave, 15% se suicidam.

** aumenta a impulsividade (diminui a crítica); 1/3 das pessoas que se matam estava sob efeito de álcool; 5 a 10% dos dependentes de álcool cometem suicídio. A comorbidade, alcoolismo e depressão, possui o maior risco de suicídio.

*** períodos de maior risco para suicídio na Esquizofrenia (4 a 10% dos pacientes morrem por suicídio):

- entre as crises psicóticas, quando o paciente percebe as limitações da doença;

- durante a crise, tendo vozes de comando alucinatórias que o levam a se matar;

- no período logo após a alta hospitalar: 1º e 2º mês.

**** 10% das pessoas que tentam suicídio cometem o suicídio (risco 100x > que na população geral); 50% das pessoas mortas por suicídio tentaram suicídio anteriormente.

Entrevista para avaliar fatores de risco para suicídio:

- escuta empática (atenciosa), estabelecendo vínculo de confiança; começar com perguntas abertas depois mais direcionadas para o risco de suicídio;
- tem sentido prazer nas coisas que tem realizado?
- sente-se útil na vida que está levando?
- tem esperança que as coisas vão melhorar?
- pensou que seria melhor morrer?
- tem pensamentos de por fim à própria vida? Com que frequência? Como faz ou fez para controlá-los? Tem sensação de que os pensamentos de suicídio são mais fortes do que você / perda de controle?
- chegou a planejar como e quando iria se matar (tem prazo estipulado para o suicídio)?
- já teve tentativas de suicídio no passado? Como foram? O que ajudou a melhorar?
- possui: **arma de fogo**, venenos, ácidos, corda, etc.

D's de alerta para risco de suicídio:

- Desesperança;
- Desamparo
- Desespero;
- Depressão;
- Dependência de álcool e outras drogas;
- Delírios;

Atitudes errôneas:

- " se eu questionar sobre suicídio, poderei estar induzindo o paciente a isso" (tranqüiliza o paciente por saber que ele poder falar sobre todos os aspectos de sua vida/problema sem ser criticado)
- " quem quer se matar mesmo, não fica ameaçando" (em 50% dos suicídios houve tentativa de suicídio prévia)
- "quando alguém quer se matar mesmo, ninguém consegue impedir" (imobilismo terapêutico – descuido desses pacientes)
- "o suicídio é uma ato de covardia/coragem" (dor psíquica insuportável e não atitude de coragem ou covardia)
- "no lugar dele eu também me mataria" (identificação profunda com impotência assistencial)

Avaliar Intencionalidade Suicida:

- comunicação prévia;
- mensagem ou carta de adeus;
- providências finais (testamento, contas, etc.);
- planejamento detalhado;
- precauções para não ser descoberto;
- ausência de pessoas para socorrer;
- não procurou ajuda logo após a tentativa;

Manejo do Paciente: local de tratamento

Internação hospitalar ou CAPS - pacientes que:

- apresentam tentativas de suicídio com alto grau de intencionalidade (enforcamento, queda de alturas, uso de armas de fogo ou branca) – ver item de intencionalidade suicida descrita anteriormente;
 - não demonstram arrependimento (sentem raiva/frustração/remorso por ainda estar vivos);
 - estão psicóticos (voz de comando alucinatória, intensa ideação paranóide);
 - apresentam comportamento impulsivo persistente, agitação grave, pouca crítica ou recusa evidente de ajuda;
 - possui suspeita de síndrome cerebral orgânica recente com etiologia clínica a esclarecer emergencialmente;
- OBS: não liberar o paciente para ir sozinho ao CAPS ou hospital!

Ambulatório (ESF + equipe saúde mental de referência local) - pacientes que:

- apresentam arrependimento;
- não apresentam quadro de impulsividade suficiente para uma nova tentativa;
- tem plano, método e intenção de baixa letalidade;
- possuem ideação de suicídio crônica e/ou auto-lesão sem repercussão clínica grave;
- apresentam suporte familiar e psicossocial

Manejo do Paciente: tratamento ambulatorial

- acionar familiares ou amigos (depois de ter explicado ao paciente) e avaliar possibilidade de internação domiciliar (temporária);
- afastar paciente dos meios de suicídio: tirar de casa **arma de fogo**, cordas, venenos, ácidos, facas com propensão maior a cortes mais profundos, giletes/navalhas, prender os fios do chuveiro firmemente com fita isolante;
- manter o paciente sempre acompanhado, tirar chaves das portas (incluindo banheiro);
- medicação em pequenas quantidades somente com terceiros (paciente não pode ter acesso): familiares, amigos, posto de saúde, agente comunitária, etc.
- visitas domiciliares (ESF) ou consultas no posto de saúde ou telefonemas semanais;

- CVV (Centro de Valorização da Vida) 24hs/d = número 141 ou chat <http://www.cvv.org.br/>
- faça um contrato com o paciente para ele se comprometer a entrar em contato com a equipe de saúde antes de tentar suicídio;
- se tiver ideação suicida e transtorno psiquiátrico ou tentativa de suicídio prévia, entrar em contato com equipe de saúde mental (psicólogo e psiquiatra) o mais breve possível, para apoio no diagnóstico diferencial e plano terapêutico incluindo sempre psicoterapia.

Manejo do Paciente: apoio psicológico

- Primeiro contato: encontrar um lugar tranquilo (privacidade), com um pouco mais de tempo (sem interromper frequentemente) para uma escuta empática, afetiva e atenta, sem críticas ou julgamentos;
- Objetivos em curto prazo: focar nos fatores estressantes que podem ser solucionados em curto prazo.
- Mostrar distorções cognitivas:
 - Pensamento “tudo ou nada”;
 - Visão dos obstáculos como intransponíveis;
 - Estreitamento do repertório (convocar familiares, amigos e recursos sociais);
 - Desesperança.
- Iniciar psicoterapia o mais breve possível

Manejo Farmacológico: Depressão

- antidepressivos diminuem o suicídio;
- cuidado ao prescrever antidepressivos tricíclicos pelo maior potencial letal em doses elevadas (intoxicações): controle das medicações com familiar enquanto houver risco de suicídio;
- cautela ao iniciar tratamento medicamento: relatos de casos de suicídio por pequeno aumento da impulsividade/energia no início, principalmente em adolescentes com ISRS (visitas ou contatos mais frequentes no primeiro mês de tratamento);
- na depressão ansiosa, pânico, agorafobia: sedar um pouco o paciente no início do tratamento com benzodiazepínicos (diazepam ou lorazepam).

Manejo Farmacológico: Transtorno Afetivo Bipolar

- maior risco na ciclagem rápida e depressão;
- com uso de lítio, risco de tentativa de suicídio reduziu de 4,6% para 0,3% e de suicídio de 0,9% para 0,2%;
- tomar cuidado com risco de auto-intoxicação por lítio (medicação com familiares/posto de saúde/pouca quantidade).

Prevenção de Suicídio, além das medidas já citadas:

- detecção precoce e tratamento de depressão e abuso de álcool na atenção primária;
- manejo adequado do alívio da dor crônica e reabilitação;

Publicações da Organização Mundial de Saúde para Prevenção do Suicídio:

Atenção Básica

http://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf

Médicos Clínicos Gerais

http://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf

Manual de Prevenção do Suicídio Dirigido a Profissionais de Saúde Mental

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf

Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM)

Reação ao uso de antipsicóticos (ou a medicações que também reduzem a atividade dopaminérgica cerebral) caracterizada principalmente por hipertermia/febre e rigidez muscular.

Quadro raro (incidência de 0,01% a 2,5% no uso de antipsicóticos típicos), porém potencialmente letal (5 a 30% - reduz com tratamento adequado), idiossincrático, dose independente, associado mais ao uso de antipsicóticos de uma forma geral (mais freqüente com antipsicóticos típicos de alta potência: haloperidol), embora possa ocorrer com uso de outras medicações que reduzem a atividade dopaminérgica cerebral como antidepressivos tricíclicos, IMAO, metoclopramida, amantadina, carbamazepina (abstinência), lítio e anticolinérgicos (abstinência).

Principais fatores de risco:

- Gênero masculino
- Episódio de SNM prévio
- Uso de antipsicóticos típicos de alta potência
- Titulação rápida da medicação
- Administração parenteral da medicação
- Desidratação
- Uso concomitante de antipsicótico e lítio
- Presença de transtorno mental orgânico ou transtorno do humor
- Agitação psicomotora
- Exaustão física
- Temperatura ambiental alta

Quadro clínico

Hipertermia ou febre, rigidez muscular intensa e dois ou mais dos seguintes sintomas: sudorese/diaforese, disfagia, tremor, incontinência, rebaixamento do nível de consciência, mutismo, taquicardia, alteração da pressão arterial (elevada ou instável), leucocitose e aumento da concentração da creatinina fosfoquinase (CPK).

As principais causas de morte são arritmias, colapso cardiovascular, coagulação intravascular disseminada, falência renal e respiratória.

Manifesta-se precocemente, algumas horas após início de tratamento ou aumento da dose da medicação, porém pode manifestar-se até em 4 semanas.

Com suspensão dos antipsicóticos remite entre 8 horas e 40 dias. Entretanto, alguns pacientes mantêm danos permanentes como parkinsonismo, ataxia e demência.

Tratamento

- Encaminhar para hospital, pois exige cuidados intensivos (UTI/CTI)
- Resfriamento do paciente
- Suspensão de todos antipsicóticos, lítio e antidepressivos
- Controle das funções renais, hepáticas e CPK + Monitoramento Cardíaco;
- Correção da desidratação e distúrbios eletrolíticos.

Avaliando e manejando pacientes com *delirium* (não decorrente de abstinência ao álcool)

Professora: Letícia Maria Furlanetto

Queixa: família queixa que o paciente está “**variando**”, que está sem dormir à noite, irritado, agressivo, desconfiado.

Atenção: Mais frequente em idosos, crianças e pacientes com doenças físicas (em uso de diversas medicações).

Conhecida como: Síndrome confusional ou psicorgânica aguda. Para os clínicos é o “estado confusional agudo”.

Apresentação clínica:

- ✓ Mudança aguda, geralmente quando há alterações nas medicações ou na condição física ou no ambiente.
- ✓ Redução do nível de consciência (pode estar “acordado”, mas está desorientado, p.ex. confunde onde está).
- ✓ Inversão do ciclo sono-vigília (fica agitado à noite e sonolento de dia).
- ✓ Atenção diminuída (parece não entender o que é perguntado, o que é confundido muitas vezes com surdez).
- ✓ Dificuldade de concentração (quando solicitado não consegue dizer os meses do ano na ordem correta).
- ✓ Hipomnésia de fixação (não consegue repetir 3 números ou objetos que lhe foram ditos após 5 minutos).
- ✓ Pensamento lentificado e não sistematizado (demora a responder e fala coisas desconexas, “sem propósito”).
- ✓ Humor lábil ou disforia (pode chorar, ficar irritado, agressivo, parecer desconfiado).
- ✓ Alucinações, ilusões (geralmente visuais e, sobretudo, quando há falta de feedback sensorial à noite ou está só).

Suspeitar de e investigar ao mesmo tempo as seguintes causas*:

- ✓ Abstinência (álcool e outras substâncias) → se abstinência ao álcool, consultar parte específica neste manual.
- ✓ Uso de substâncias (que têm efeito anticolinérgico) → diazepam, amitriptilina, biperideno, clorpromazina, digoxina.
- ✓ Condição médica geral → insuficiência de órgãos, infecções, desidratação, causas metabólicas e hormonais, dist. hidrolétrico, lesões do sistema nervoso central, nutricional B12 B1, vasculares, trauma, convulsões.

***Atenção:** o mais comum é que sejam várias causas ao mesmo tempo.

Manejo:

- ✓ Investigar e tratar as causas acima (p.ex. desidratação, infecções, hiperglicemia, hipotireoidismo, etc.).
- ✓ Tentar retirar ou trocar medicações que tenham efeitos anticolinérgicos.
- ✓ Explicar para a família que o paciente não está “louco”, que o quadro é agudo e secundário a estas causas.
- ✓ Explicar que, mesmo após a melhora física, pode levar um tempo para que ocorra a melhora do *delirium*.
- ✓ Explicar que o paciente não está entendendo o que acontece e que se beneficiará de um familiar tranquilo ao seu lado e de pistas que o ajudem a se orientar.
- ✓ Se agitação for intensa pode ser necessário haloperidol (1/2 ampola Intramuscular). Contudo, na maioria dos casos, com o manejo das causas do delirium e doses baixas do haloperidol já são suficientes, tais como 0,5mg (5 gotas de haloperidol) à noite, podendo chegar até 2mg, dado em 2 ou 3 tomadas.

Atenção: retirar o haloperidol quando houver melhora do quadro e ficar atento para sinais tais como rigidez ou agitação (acatisia = “vontade de se mexer”), que podem secundários ao haloperidol, indicando que este deverá ser reduzido ou retirado.

OBS: O haloperidol não está homologado para uso intravenoso e, em altas doses por esta via, vem sendo associado à taquiarritmia ventricular e morte súbita.

ALERTAS DE PROBLEMAS NA EFETIVIDADE E/ NA SEGURANÇA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO		
1. GERAIS		
PROBLEMA		ENCAMINHAMENTO
1.1	Quando o paciente pede a medicação antes ou depois do tempo previsto para seu término. <u>Dúvida:</u> Será que está tomando a medicação conforme prescrito ou faz uso de maior ou menor quantidade por sentir “necessidade” ou para evitar efeitos colaterais indesejáveis? Ou mesmo por receber informações de amigos ou mesmo de outros profissionais do tipo: “Só se deve usar essas medicações quando se está deprimido ou ansioso, para não ficar dependente” ou “O uso de remédios dá uma falsa felicidade e impede o luto normal”.	
1.2		
1.3		
2. ESPECÍFICOS		
PROBLEMA		ENCAMINHAMENTO
1.1 tricíclicos ou benzodiazepínicos	Ideação suicida cuidar com a dispensação de grandes quantidades de comprimidos.	
1.2 fluoxetina e sertralina	Aumento de sangramentos	
1.3		

ORIENTAÇÕES PARA ALCANCE DOS RESULTADOS ESPERADOS		
1. GERAIS		
1.1	Explicar da importância de fazer o acompanhamento médico conforme orientado pelo prescritor, pois os psicotrópicos podem ser prescritos de forma segura se alguns cuidados são tomados (p.ex. consultas regulares, procura de atendimento rapidamente se aparecem sintomas diferentes, exames de sangue no caso de uso de lítio, carbamazepina, ácido valpróico, risperidona, olanzapina e clozapina).	
1.2		
1.3		
1.4		
2. ESPECÍFICOS		
1.1 amitriptilina, imipramina e nortriptilina	No início do tratamento ou a cada aumento de dose podem levar a sintomas de sedação e hipotensão postural que tendem a reduzir após alguns dias. Por isso, é importante o cuidado com o uso de máquinas ou dirigir veículos. Os pacientes também devem ser orientados a nos primeiros dias de cada dose (início ou aumento) evitar levantar rapidamente, pois podem ter hipotensão (“ver tudo preto” quando levantam) e ter quedas.	
1.2 diazepam e lorazepam	Podem sedar e alterar os reflexos, devendo-se ter cautela com o uso de máquinas e direção de veículos que necessitem de atenção.	
1.3		

ESTRATÉGIAS DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES PROFISSIONAIS		
MÉDICO PRESCRITOR		
1.1	No caso de pacientes que aparecem com prescrições com a data vencida ou já solicitando a medicação sem a receita médica antes do tempo.	
1.2		
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE		
1.1		
1.2		
OUTROS PROFISSIONAIS		
1.1		
OUTRAS INSTITUIÇÕES E ORGÃOS		