



PROTOCOLO

Clinico e Terapêutico:
**Manejo da Ansiedade e Depressão
na Atenção Primária à Saúde (APS)**



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PROTOCOLO

Clinico e Terapêutico:
**Manejo da Ansiedade e Depressão
na Atenção Primária à Saúde (APS)**

SERGIPE

2024



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PROTOCOLO

Clinico e Terapêutico:
**Manejo da Ansiedade e Depressão
na Atenção Primária à Saúde (APS)**

Protocolo Estadual de Manejo da
Ansiedade e Depressão na Atenção
Primária à Saúde, para o estabelecimento
de diretrizes das práticas de saúde no
período de 2024 a 2029.

SERGIPE
2024

GOVERNADOR DO ESTADO DE SERGIPE

Fábio Cruz Mitidieri

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DE SERGIPE

José Macedo Sobral

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Cláudio Mitidieri Simões

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Adriana Maria Figuerêdo Batista

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Lúcia Nascimento de Barros

DIRETORA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E URGÊNCIA

Neuzice Oliveira Lima

COAUTOR

Bruno de Andrade Silva

REVISÃO TÉCNICA

Prof.º Dr.º Rafael Braga Esteves - USP

Ribeirão Preto

**FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE-FUNESA
DIRETORA GERAL**

Carla Valdete Fontes Cardoso

DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Vitor Luís Freire de Souza

DIRETOR OPERACIONAL

Caíque da Silva Costa

SUPERINTENDENTE DE AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE

Fernanda dos Santos Trindade

COORDENAÇÃO DE GESTÃO EDITORIAL

Dagna Patricia de Souza Rodrigues Reis

REVISÃO EDITORIAL

Paloma Sant' Anna de Oliveira Mendonça

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Ana Rita de Carvalho Souza

AUTORA

Juliana de Oliveira Musse Silva

CAPA

Shirley Jacy Santos Gomes

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Milca dos Santos Correia

NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Laurides Batista Cruz

S484	Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo clínico e terapêutico: manejo da ansiedade e depressão na Atenção Primária à saúde (APS) / Secretaria de Estado da Saúde, Juliana Musse, Bruno de Andrade da Silva. -- Aracaju: Editora da Funesa, 2024. 63 p.: il. ISBN: 978-85-64617-49-0 1. Ansiedade, 2. Depressão. 3. Protocolo Estadual. I. Musse, Juliana. II. Silva, Bruno de Andrade da. II. Título. CDU: 616.89:614
------	--

Elaborada por: Laurides Batista Cruz CRB-5/1424

Publicação Digital - EDITORA FUNESA

Elaboração e informações: Travessa Manoel Aguiar Menezes, 49,
Bairro Getúlio Vargas. CEP 49055-750, Aracaju, SE - Brasil, 2024.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
DAPS	Diretoria de Atenção Primária de Sergipe
CEAPS	Coordenação Estadual da Atenção Primária à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
FUNESA	Fundação Estadual de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
EAD	Educação a Distância
MCCP	Modelo Clínico Centrado na Pessoa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
WHO	World Health Organization
Unicef	United Nations International Children's Emergency
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
SRTS	Serviços Residenciais Terapêuticos
SES	Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe
Covid-19	Coronavirus Disease 2019

APRESENTAÇÃO



O protocolo de manejo da ansiedade e depressão na Atenção Primária à Saúde (APS) do estado de Sergipe tem como objetivo oferecer diretrizes práticas e baseadas em evidências que auxiliem os profissionais de saúde na identificação, no tratamento e no encaminhamento adequado dos casos de ansiedade e depressão. A APS, como primeiro ponto de contato dos usuários com o sistema de saúde, desempenha um papel essencial no reconhecimento precoce dos sintomas e na implementação de intervenções que garantam um cuidado contínuo e centrado na pessoa.

A implementação deste protocolo visa melhorar a qualidade do atendimento oferecido na APS, capacitando os profissionais para realizar avaliações detalhadas e intervenções apropriadas, garantindo uma abordagem personalizada para cada paciente. Dessa forma, promove-se não apenas a redução dos sintomas dos transtornos de ansiedade e depressão, mas também a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e a integração eficaz com os serviços especializados de saúde mental, quando necessário.

Ao oferecer um suporte contínuo e acessível, a APS pode desempenhar um papel fundamental na mitigação das consequências negativas dos transtornos mentais, tais como o risco de suicídio, o isolamento social e a piora das condições de saúde física e mental. Assim, o protocolo se alinha aos princípios da integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que todos os indivíduos, independentemente de sua localização ou condição socioeconômica, tenham acesso a um cuidado adequado e eficaz.

Além disso, este protocolo busca fortalecer as competências dos profissionais da APS por meio de treinamentos e da utilização de ferramentas validadas de triagem, como o PHQ-9, GAD-7 e SAD PERSONS, assegurando que o manejo dos transtornos de ansiedade e depressão seja conduzido com segurança e efetividade.

Dessa maneira, o cuidado ofertado aos pacientes é otimizado, promovendo um atendimento qualificado e a diminuição da necessidade de encaminhamentos excessivos, de forma a garantir um fluxo eficiente entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

OBJETIVOS DO PROTOCOLO

OBJETIVO GERAL

Promover a capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Primária para o manejo integrado e efetivo da ansiedade e depressão, visando a detecção precoce, a melhoria dos resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes, por meio de intervenções baseadas em evidências e fluxos de cuidado contínuo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. **Identificação Precoce:** Capacitar os profissionais para identificar sinais e sintomas de ansiedade e depressão, implementando ferramentas de triagem validadas (PHQ-9, GAD-7 e SAD PERSONS). A detecção precoce melhora os desfechos clínicos e facilita a adesão ao tratamento;
2. **Cuidado Integrado e Centrado na Pessoa:** Garantir um cuidado contínuo e personalizado, que aborde comorbidades físicas e sociais, promovendo a autonomia do paciente e uma abordagem abrangente da saúde;
3. **Minimização de Complicações:** Prevenir complicações futuras, como ideação suicida e isolamento social, por meio do manejo clínico adequado, garantindo um melhor prognóstico em longo prazo;
4. **Capacitação em Intervenções Baseadas em Evidências:** Fortalecer as habilidades dos profissionais da APS, capacitando-os para intervenções psicossociais e uso seguro de medicamentos psicotrópicos, reduzindo a necessidade de encaminhamentos;
5. **Fluxos de Encaminhamento:** Estabelecer fluxos claros para encaminhamento aos CAPS e emergências psiquiátricas, de modo a assegurar atendimento especializado quando necessário;
6. **Educação em Saúde e Redução do Estigma:** Promover ações educativas para conscientização sobre transtornos mentais e reduzir o estigma associado, incentivando a busca por tratamento e a valorização da saúde mental.

POPULAÇÃO-ALVO DO PROTOCOLO

A identificação clara da população-alvo é fundamental para a elaboração de um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), uma vez que garante que as intervenções sejam apropriadas para o perfil demográfico e clínico dos pacientes que necessitam de cuidados. No caso do Protocolo de Manejo da Ansiedade e Depressão na Atenção Primária à Saúde (APS), a população-alvo deve ser definida com base em critérios diagnósticos e sociodemográficos, que garantam a efetividade das intervenções propostas (American Psychiatric Association, 2013).

Os transtornos mentais, como a ansiedade e a depressão, são comuns em várias faixas etárias, com diferentes níveis de gravidade e impacto. Para esse protocolo, a população-alvo pode ser classificada da seguinte maneira:

- **Faixa etária:** O protocolo é destinado, principalmente, a adultos (acima de 18 anos), mas também pode incluir adolescentes, desde que haja uma adaptação das ferramentas de triagem e tratamento;
- **Gênero:** Embora os transtornos de ansiedade e depressão afetem tanto homens quanto mulheres, estudos mostram que a prevalência é maior entre mulheres, o que requer atenção especial na abordagem terapêutica;
- **Condicionantes socioeconômicos:** Populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica costumam apresentar maiores índices de transtornos mentais comuns devido a fatores como estresse, insegurança alimentar e dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- **Comorbidades:** Pacientes com comorbidades crônicas, como diabetes e hipertensão, apresentam maior predisposição ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão, de maneira que o manejo integrado desses pacientes é essencial para garantir o sucesso do tratamento.

ABORDAGENS INCLUÍDAS

As abordagens terapêuticas incluídas neste protocolo são baseadas em evidências científicas atuais e práticas amplamente consensuais, assegurando a eficácia no tratamento de transtornos de ansiedade e depressão. O protocolo incorpora tanto intervenções

farmacológicas quanto não farmacológicas, de modo a promover uma abordagem integrada e centrada no paciente.

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO

A prevenção dos transtornos de ansiedade e depressão é essencial para o atendimento eficaz na APS. Desse modo, este protocolo recomenda ações específicas para a detecção precoce dos fatores de risco e intervenções que previnam o desenvolvimento de sintomas graves.

- **Promoção da Saúde Mental:** Campanhas educativas e ações comunitárias para conscientizar a população; incentivo ao autocuidado e à redução do estresse por meio de atividades físicas regulares, sono adequado e alimentação balanceada;
- **Triagem Precoce:** Questionários de saúde mental validados, como o PHQ-9 para depressão, GAD-7 para ansiedade, e SAD PERSONS para risco de suicídio;
- **Diagnóstico Sistemático:** Utilização de critérios diagnósticos reconhecidos pelo DSM-5 e CID-10; Exames clínicos e laboratoriais, quando necessário, para descartar causas orgânicas, como doenças endócrinas ou neurológicas.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico dos transtornos de ansiedade e depressão segue as diretrizes da **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**¹, que contém uma lista de medicamentos – estes baseados em evidências e recomendados para uso na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Dito isto, entre os medicamentos recomendados estão:

- **Antidepressivos:** Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como fluoxetina e sertralina, indicados para casos moderados a graves de depressão e transtornos de ansiedade.

¹ A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma lista oficial de medicamentos que, com base em evidências científicas e em critérios de eficácia e segurança, é considerada indispensável para o atendimento das necessidades básicas de saúde da população brasileira. Foi publicada pelo Ministério da Saúde, de forma que orienta a padronização de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) e é revisada periodicamente para refletir novas evidências e práticas de saúde pública (Brasil, 2022).

- **Ansiolíticos:** Benzodiazepínicos para tratamento breve em casos de ansiedade aguda, com acompanhamento rigoroso devido ao risco de dependência.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

O protocolo também enfatiza abordagens não farmacológicas, que podem ser utilizadas isoladamente ou como complemento ao tratamento medicamentoso, a saber:

- **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC):** Reconhecida pela sua eficácia no tratamento de transtornos ansiosos e depressivos, especialmente útil na APS, em que profissionais capacitados podem oferecer sessões estruturadas de curta duração;
- **Grupos de Apoio e Intervenções Comunitárias:** Proporcionam suporte social e psicológico, favorecendo a adesão ao tratamento e promovendo a reintegração social;
- **Programas de Reabilitação Psicossocial:** Indicados para pacientes com dificuldades de reintegração social, oferecendo suporte contínuo para o bem-estar e a autonomia.

SUMÁRIO

Sumário

1. Introdução.....	15
2. Diretrizes gerais de acolhimento ao paciente com transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde (APS)	20
2.1. Acolhimento, Triagem e Avaliação de Risco.....	21
2.1.1. Princípios do Acolhimento	21
2.1.2. Triagem de transtornos mentais comuns (TMCS).....	21
2.1.3. Principais sinais de transtornos mentais comuns.....	21
2.2. Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	22
2.3. Consulta de Enfermagem.....	22
2.4. Consulta Médica e Plano de Tratamento	23
2.5. Projeto Terapêutico Singular (PTS) na APS.....	23
2.6. Manejo Farmacológico e Clínico	24
2.7. Intervenções Psicossociais e Psicoterapêuticas.....	25
2.8. Acompanhamento e Monitoramento Contínuo	25
2.9. Encaminhamento para Serviços Especializados.....	25
3. Transtornos mentais gerais e graves na Atenção Primária à Saúde (APS).....	27
3.1. Introdução aos Transtornos Mentais na APS	28
3.1.1. Fatores de risco e identificação dos transtornos mentais na APS	28
3.1.2. Sinais e sintomas gerais dos transtornos mentais na APS	29
3.1.3. Uso de álcool e outras drogas e seu impacto nos transtornos mentais	29
3.2. Abordagens para o manejo de transtornos mentais gerais e graves na APS	30
3.2.1. Triagem e Avaliação Inicial	30
3.2.2. Encaminhamento para Atenção Especializada e Acompanhamento Contínuo	30
3.2.3. Educação em Saúde e Redução do Estigma.....	30
4. Atendimento do paciente com transtorno depressivo na APS	31
4.1. Avaliação e Triagem	32
4.2. Tratamento: Farmacoterapia	33
4.2.1. Acompanhamento e Segmento	34
4.2.2. Considerações Finais do Capítulo.....	35
5. Atendimento do paciente com transtorno de ansiedade na APS	36
5.1. Fatores de risco para transtornos de ansiedade.....	38
5.2. Subtipos dos transtornos de ansiedade	38
5.3. Avaliação e Triagem	39
5.4. Tratamento	40
5.5. Acompanhamento e Monitoramento contínuo.....	41
Conclusão.....	42
6. Manejo do risco de suicídio em pacientes da APS	43
6.1. Entrevista Clínica.....	44
6.2. Fatores de Risco	44
6.3. Fatores Protetores.....	45
6.4. Considerações Finais.....	46
7. Fluxograma de triagem utilizando os instrumentos validados.....	47
7.1. Início: Paciente na APS.....	49

7.2. Aplicação das Escalas.....	49
7.2.1. Decisões de Encaminhamento.....	50
7.2.2. Contrarreferência dos serviços especializados da RAPS para APS.....	51
Referências	53
APÊNDICE A - MANEJO ESPECÍFICO DE GRUPOS VULNERÁVEIS NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO	58
ANEXO A – PHQ-9 (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE - 9)	61
ANEXO B – GAD-7 (GENERALIZED ANXIETY DISORDER - 7)	62
ANEXO C – SAD PERSONS: AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO.....	63

1.

INTRODUÇÃO



A atenção à saúde mental no Brasil passou por transformações estruturais e conceituais significativas, impulsionadas por movimentos e conferências internacionais que enfatizaram a importância de uma Atenção Primária à Saúde (APS) robusta e acessível. A Declaração de Alma-Ata, de 1978, marcou essa trajetória ao defender a APS como fundamental para alcançar a meta de “saúde para todos” (World Health Organization; United Nations International Children’s Emergency, 1978). Tal conceito foi fortalecido no Brasil com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o qual institucionalizou o acesso universal e integral à saúde, incluindo a saúde mental, como um direito de todos os cidadãos (Brasil, 1988).

Nessa perspectiva, acompanhando essas transformações, o Brasil deu início à Reforma Psiquiátrica, inspirada nas ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia. Em sua visita ao Brasil em 1979, Basaglia observou as condições desumanas nos hospitais psiquiátricos, especialmente na Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, o que catalisou uma mobilização em prol da desinstitucionalização e reintegração social das pessoas com transtornos mentais (Basaglia, 1979).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada nas décadas de 1980 e 1990, visou substituir o modelo asilar por uma abordagem comunitária e territorializada, enfatizando a reintegração social e a proteção dos direitos humanos. Esse movimento culminou na promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que estabeleceu diretrizes para o atendimento em saúde mental, priorizando a atenção comunitária e o respeito aos direitos dos pacientes (Brasil, 2001). A legislação assegura que o tratamento de pessoas com transtornos mentais ocorra preferencialmente em serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), limitando as internações a casos de urgência, de caráter temporário e realizadas em ambientes adequados.

A implementação da referida lei reforçou a importância do consentimento informado e do monitoramento das internações involuntárias, que devem ser justificadas por laudos médicos detalhados e notificadas ao Ministério Público. Além disso, garantiu o respeito à autonomia dos pacientes, assegurando-lhes o direito de participar ativamente das decisões sobre seu tratamento e de receber cuidados próximos à sua comunidade de origem, evitando o isolamento característico dos manicômios (Brasil, 2001).

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenhou papel fundamental na operacionalização das mudanças promovidas pela Reforma Psiquiátrica, criando mecanismos de descentralização do cuidado e favorecendo o tratamento em redes territoriais integradas.

A Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial podem se constituir em modalidades de serviços, por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional (Brasil, 2002). Posteriormente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011,

consolidou-se como o principal eixo de cuidado em saúde mental no Brasil, estruturando-se para garantir a continuidade e integralidade do atendimento (Brasil, 2011).

A RAPS se organiza em torno de diversos componentes (ver Figura 1), abrangendo desde a atenção básica até o atendimento de alta complexidade, incluindo: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011; 2012).

Figura 1 - Organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos seis eixos de atenção



Fonte: Brasil (2011, 2012)

Cada componente da RAPS é interligado, formando uma rede que oferece cuidado contínuo e articulado, que garante suporte ao paciente em todas as fases do tratamento, desde o primeiro atendimento até a reabilitação e reinserção social. A APS desempenha um papel essencial nesse processo ao coordenar o cuidado e se articular com os outros níveis da RAPS para assegurar a continuidade e integralidade do atendimento (Amarante, 2003).

O conceito de “matriciamento” surge como uma estratégia importante para a integração entre APS e os demais equipamentos da RAPS. Esse modelo permite que as equipes de APS recebam capacitação de profissionais especializados em saúde mental, assegurando que o atendimento aos pacientes com transtornos mentais seja integral e resolutivo em todos os níveis do SUS (Brasil, 2011).

Além disso, tal modelo de atenção compartilhada é essencial para a gestão do cuidado de pacientes com transtornos mentais, de maneira a reduzir a necessidade de internações e fortalecer o papel do cuidado comunitário.

No estado de Sergipe, os desafios no acolhimento de pacientes com transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde (APS) são acentuados por fatores como a escassez de profissionais capacitados em saúde mental, infraestrutura inadequada e barreiras socioculturais que dificultam o acesso aos serviços. Dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES) indicam que aproximadamente 15% da população sofre de algum transtorno mental, sendo a ansiedade e a depressão os mais prevalentes. Esses transtornos são agravados por desigualdade social, desemprego e os impactos prolongados da pandemia de COVID-19, que intensificaram os sintomas de sofrimento psíquico (Sergipe, 2022).

Além disso, estudos mostram que a falta de conhecimento específico entre as equipes de APS compromete a identificação e o manejo adequados desses pacientes, resultando em encaminhamentos desnecessários para níveis de atenção mais especializados (Barcelos; Silva; Nunes, 2022). Também a ausência de espaços apropriados para atendimentos individuais e terapias compromete a qualidade do acolhimento, dificultando o atendimento integral e humanizado necessário para esses pacientes (Rodrigues; Miguel; Crivelaro, 2020). Esses fatores tornam essencial o fortalecimento de capacidades locais para lidar com a crescente demanda por serviços de saúde mental.

Para mitigar essas dificuldades, a integração entre a APS e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge como uma estratégia indispensável, promovendo ações intersetoriais que garantam a integralidade do cuidado (Brasil, 2015). O fortalecimento de estratégias como o matriciamento, que permite a capacitação de equipes de APS por profissionais especializados em saúde mental, contribui para a resolutividade dos atendimentos e assegura um acolhimento mais humanizado e integral. Tais iniciativas, ao considerar as especificidades regionais, têm o potencial de reduzir desigualdades no acesso e garantir a continuidade do cuidado para populações vulneráveis em Sergipe (Sergipe, 2022).

Diante desse contexto, o presente Protocolo Clínico busca orientar os profissionais de saúde envolvidos na gestão e cuidado de pacientes com transtornos mentais, destacando a importância da articulação entre os diferentes níveis de atenção e promovendo um atendimento integral e humanizado.

2.

DIRETRIZES GERAIS DE ACOLHIMENTO AO PACIENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)



2.1. ACOLHIMENTO, TRIAGEM E AVALIAÇÃO DE RISCO

O acolhimento e a triagem na APS para pacientes com transtornos mentais comuns envolvem uma abordagem humanizada e colaborativa, essencial para a detecção precoce e o tratamento adequado. Quanto ao acolhimento, ainda, é fundamental criar um ambiente de segurança e escuta ativa, em que o paciente possa expressar suas queixas sem receio. Essa prática não apenas promove a adesão ao tratamento, como também ajuda a reduzir o estigma e fortalece o vínculo com a equipe de saúde.

2.1.1. PRINCÍPIOS DO ACOLHIMENTO

- **Escuta Qualificada:** Proporcionar ao paciente a oportunidade de falar livremente, prestando atenção aos seus sentimentos e necessidades;
- **Redução do Estigma:** Evitar julgamentos e adotar uma linguagem acolhedora que diminua o preconceito associado aos transtornos mentais;
- **Abordagem Integral:** Considerar o contexto social, familiar e emocional do indivíduo, não focando apenas nos sintomas;
- **Encaminhamentos Adequados:** Após o acolhimento, realizar uma triagem para decidir sobre a necessidade de encaminhamento para atendimento especializado ou seguimento na APS.

2.1.2. TRIAGEM DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS (TMCS)

A triagem é uma etapa crucial para a detecção precoce de transtornos mentais, de modo a possibilitar a implementação de condutas apropriadas. Os profissionais da APS devem estar capacitados para reconhecer sinais de TMCS e fazer o devido encaminhamento. Ferramentas padronizadas, como o PHQ-9 para depressão e o GAD-7 para ansiedade, são recomendadas por sua rapidez e eficácia.

2.1.3. PRINCIPAIS SINAIS DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

- **Depressão:** Inclui humor deprimido, anedonia, distúrbios de sono e apetite;
- **Ansiedade:** Manifesta-se por preocupações excessivas, inquietação e insônia;

- **Transtornos de Adaptação:** Caracterizam-se por respostas emocionais intensas a eventos estressores, causando sofrimento significativo.

A triagem inicial deve ser conduzida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são os principais elos entre a comunidade e a Equipe de Saúde da Família. Esses profissionais desempenham um papel importante na identificação precoce de indivíduos com TMCs, especialmente durante visitas domiciliares.

2.2. ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

- **Identificação Precoce:** Os ACS devem observar sinais de TMCs durante visitas domiciliares como, por exemplo, mudanças de comportamento e isolamento social;
- **Acolhimento e Escuta:** Oferecer escuta ativa e sem julgamentos, incentivando o paciente a procurar ajuda;
- **Encaminhamento:** Informar à equipe de saúde sobre casos suspeitos e orientar o paciente e sua família;
- **Acompanhamento Contínuo:** Acompanhar a adesão ao tratamento e os sinais de evolução ou agravamento dos sintomas.

Pacientes identificados com suspeita de TMCs devem ser encaminhados para consulta com o enfermeiro e o médico da família na Unidade de Saúde da Família (USF). Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro realizará uma anamnese detalhada, investigando fatores de risco como uso de substâncias, sedentarismo e doenças crônicas, além de aplicar instrumentos de avaliação da gravidade dos sintomas mentais.

2.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro realiza uma anamnese detalhada para explorar fatores de risco, incluindo o uso de substâncias, sedentarismo e doenças crônicas. A avaliação deve incluir um exame físico e aplicação de instrumentos padronizados que determinem a gravidade dos sintomas mentais, possibilitando um diagnóstico mais preciso e uma identificação das causas subjacentes.

1. **Exame Clínico e Histórico Médico:** Avaliar condições físicas e mentais, anteriores uso de medicamentos, comportamento de risco e saúde familiar;

2. **Exame do Estado Mental:** Utilizar instrumentos como PHQ-9 e GAD-7, além de observar sinais de alterações no estado emocional e comportamental;
3. **Encaminhamento para Consulta Médica:** Com os dados da consulta de enfermagem, o enfermeiro encaminha o paciente ao médico da família.

2.4. CONSULTA MÉDICA E PLANO DE TRATAMENTO

Na consulta médica, o profissional revisa as informações coletadas pelo enfermeiro, realizando uma avaliação detalhada e confirma o diagnóstico. Esse processo inclui:

1. **Análise Clínica e Diagnóstico Diferencial:** Ao utilizar os dados da enfermagem, o médico confirma o diagnóstico de TMCs com base em exames clínicos, anamnese e instrumentos validados;
2. **Estabelecimento do Tratamento:** O médico define o plano terapêutico, incluindo farmacoterapia quando indicada, orientações sobre mudanças de estilo de vida e suporte psicossocial;
3. **Encaminhamento para Especialistas:** Nos casos de sofrimento mental grave e persistente, encaminhar para o CAPS ou outros serviços especializados.

2.5. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) NA APS

O **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** é uma ferramenta de cuidado individualizado que assegura um atendimento integral aos pacientes com TMCs, abrangendo aspectos físicos, emocionais e sociais. Além disso, o PTS foi desenvolvido por uma equipe multiprofissional, o que facilita a continuidade do cuidado e promove maior adesão ao tratamento. Quanto às suas etapas, estas incluem:

1. **Diagnóstico:** Identificação dos fatores sociais, psicológicos e clínicos que influenciam o caso;
2. **Definição de Metas:** Estabelecimento de objetivos de curto, médio e longo prazo;
3. **Plano de Ação e Responsabilidades:** Organização das ações terapêuticas com atribuição de responsabilidades;

4. **Monitoramento e Reavaliação:** Acompanhamento contínuo e ajuste do plano conforme a evolução do paciente (Brasil, 2011).

O **matriciamento** é uma estratégia fundamental no PTS, uma vez que promove a troca de conhecimentos entre equipes especializadas e a APS. As equipes multiprofissionais (e-Multi) oferecem suporte técnico à APS, aprimorando o manejo de casos complexos.

2.6. MANEJO FARMACOLÓGICO E CLÍNICO

O manejo clínico de TMCs no estado de Sergipe adota um modelo de cuidado integrado, incluindo intervenções psicossociais e farmacológicas. Para casos moderados a graves, recomendam-se **Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS)**, como fluoxetina e sertralina (Ver Quadro 1). Esses medicamentos, quando combinados com psicoterapia, são eficazes na redução dos sintomas.

Quadro 1 - Medicamentos utilizados no tratamento de transtornos mentais comuns na Atenção Primária à Saúde

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	DOSE INICIAL	DOSE MÁXIMA	COMENTÁRIOS
Fluoxetina (ISRS)	Depressão, Transtornos de Ansiedade	20 mg/dia	80 mg/dia	Antidepressivo de primeira linha; indicado para depressão maior e diversos transtornos de ansiedade ^a .
Sertralina (ISRS)	Depressão, Transtorno do Pânico	50 mg/dia	200 mg/dia	Primeira opção para depressão e transtornos de ansiedade generalizada; eficaz no tratamento do transtorno do pânico ^a .
Benzodiazepínicos	Ansiedade Aguda	0,5–2 mg/dia	4 mg/dia	Uso restrito, a curto prazo, devido ao alto potencial de dependência; indicado para alívio sintomático imediato ^b .
Amitriptilina (TCA)	Depressão Resistente	25 mg/dia	150 mg/dia	Antidepressivo tricíclico; segunda opção para tratamento de transtornos depressivos; também utilizado em dores neuropáticas ^a .

Fonte: ^a Brasil (2020); ^b Organização Mundial da Saúde (2019)

2.7. INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS E PSICOTERAPÊUTICAS

- **Psicoeducação:** Orientar o paciente sobre sua condição de saúde mental, riscos e benefícios dos tratamentos, efeitos colaterais e prognóstico;
- **Fortalecimento do Apoio Social:** Identificar e abordar fatores psicossociais que possam impactar a vida do paciente, promovendo suporte social;
- **Promoção do Funcionamento Social:** Incentivar a participação do paciente em atividades ocupacionais e sociais, proporcionando integração e autonomia.

2.8. ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO CONTÍNUO

Após a avaliação inicial, o paciente deve sair com a próxima consulta agendada. Principais orientações para o seguimento:

1. **Consultas Frequentes:** Realizar acompanhamento regular até a estabilização dos sintomas;
2. **Reforço Positivo e Rede de Apoio:** Engajar cuidadores e familiares para apoiar o paciente e promover a adesão ao tratamento;
3. **Busca Ativa:** Realizar busca ativa dos pacientes que não aderem ao tratamento.

2.9. ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Pacientes com quadro grave e persistente devem ser encaminhados para serviços especializados como os CAPS, principalmente em casos de:

- Sintomas graves com comprometimento funcional;
- Tentativas de suicídio ou risco elevado de autoagressão;
- Falta de resposta a intervenções iniciais na APS.

O Fluxograma Geral para Identificação e Manejo dos Transtornos Mentais Comuns (TMCS) na APS descreve três etapas fundamentais que orientam o processo de diagnóstico

e tratamento de pacientes com TMCS na Atenção Primária à Saúde (APS), a saber: Avaliação, Manejo e Segmento (Ver Figura 2).

Na primeira etapa, a Avaliação, os profissionais de saúde devem aplicar instrumentos validados para a triagem, como o PHQ-9 para depressão e o GAD-7 para ansiedade. É fundamental também verificar a presença de outras condições físicas que possam estar associadas aos sintomas mentais, como comorbidades crônicas. Além disso, é necessário identificar se o paciente apresenta algum transtorno mental prioritário, como um transtorno psicótico grave, que possa exigir encaminhamento imediato para serviços especializados.

Após a avaliação, é iniciada a fase de Manejo, cujas intervenções são determinadas com base nas necessidades individuais de cada paciente. Essas intervenções podem ser farmacológicas, envolvendo o uso de antidepressivos como a fluoxetina e a sertralina, ou psicossociais, incluindo o suporte psicoterapêutico e o fortalecimento da rede de apoio social, que são fundamentais para o controle dos sintomas e para a promoção do bem-estar do paciente.

A terceira etapa, o Segmento, envolve o acompanhamento contínuo do paciente. A cada consulta é necessário reavaliar a eficácia do tratamento, verificar a adesão às terapias e ajustar o prognóstico conforme necessário. Ademais, é necessário a busca ativa de pacientes desistentes, garantindo que aqueles que interromperam o tratamento sejam incentivados a retornar para continuidade do cuidado (Ver Figura 2).

Esse processo sistematizado garante uma abordagem integral e contínua, de maneira a promover um manejo eficaz dos transtornos mentais na APS.

Figura 2 - Fluxograma Geral para Identificação e Manejo dos TMCS na APS



Fonte: adaptado de Brasil (2013,2024); Torres Neto, (2023)

3.

TRANSTORNOS MENTAIS GERAIS E GRAVES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)



3.1. INTRODUÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS NA APS

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro ponto de contato para uma ampla gama de transtornos mentais, variando desde condições comuns, como ansiedade e depressão, até transtornos graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar. Esse contexto exige que os profissionais da APS estejam preparados para identificar, manejar e, quando necessário, encaminhar os pacientes para a atenção especializada. A APS desempenha um papel fundamental não apenas na triagem e monitoramento dos sintomas, mas também no apoio psicossocial e no desenvolvimento de ações preventivas que podem reduzir a progressão e o impacto dos transtornos mentais (Brasil, 2013; Pereira, 2009).

3.1.1. FATORES DE RISCO E IDENTIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS NA APS

A etiologia dos transtornos mentais é complexa e envolve uma série de fatores de risco que podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento de condições mentais graves e comuns. Na APS, é essencial que esses fatores sejam considerados para uma abordagem de cuidado integral. Dito isto, os principais fatores incluem (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992):

- **Genética e Histórico Familiar:** A hereditariedade é um fator relevante, particularmente em transtornos graves como esquizofrenia e transtorno bipolar. Estudos indicam que indivíduos com parentes de primeiro grau diagnosticados com esses transtornos apresentam maior risco de desenvolver sintomas semelhantes;
- **Condições Socioeconômicas e Vulnerabilidade Social:** Situações de vulnerabilidade, como pobreza, desemprego e baixa escolaridade, estão associadas ao aumento do risco de transtornos mentais em decorrência do estresse crônico e das barreiras de acesso aos serviços de saúde mental. A APS, como coordenadora e ordenadora da rede de atenção, é estratégica para mitigar esses fatores por meio de políticas de promoção e prevenção;
- **Experiências Traumáticas e Estresse Prolongado:** Eventos traumáticos na infância ou em qualquer fase da vida, tais como abuso físico ou emocional, estão correlacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais. Ademais, a exposição a situações estressantes prolongadas pode desencadear ou exacerbar condições como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e transtornos

de ansiedade. Desse modo, a APS deve estar atenta ao histórico de vida dos pacientes para orientar o cuidado adequado.

3.1.2. SINAIS E SINTOMAS GERAIS DOS TRANSTORNOS MENTAIS NA APS

A identificação precoce de sinais e sintomas é essencial para a triagem e o manejo inicial de transtornos mentais na APS. Assim, em relação aos sintomas, estes variam de acordo com o tipo de transtorno, mas incluem (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

- **Transtornos Psicóticos (Esquizofrenia):** Apresentam sintomas como delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizados, além de sintomas negativos, como embotamento afetivo e falta de motivação. Esses sintomas indicam a necessidade de encaminhamento imediato para atenção especializada e possível intervenção psiquiátrica intensiva;
- **Transtornos do Humor (Transtorno Bipolar):** Caracterizam-se por alternâncias entre episódios maníacos e depressivos. Durante os episódios maníacos, o indivíduo pode apresentar humor elevado, impulsividade e redução da necessidade de sono; enquanto nos episódios depressivos, pode experimentar apatia, sentimentos de inutilidade e ideação suicida. A APS deve oferecer suporte inicial e encaminhar para acompanhamento especializado em saúde mental;
- **Transtornos de Ansiedade e Depressão:** Os sintomas incluem inquietação, sensação de perigo iminente, fadiga, dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos, como palpitações e sudorese. Esses transtornos são comuns na APS e podem ser manejados com intervenções iniciais ou, se necessário, encaminhados para atenção especializada.

3.1.3. USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E SEU IMPACTO NOS TRANSTORNOS MENTAIS

O abuso de álcool e outras drogas está associado ao desenvolvimento e à piora de transtornos mentais. O consumo dessas substâncias pode agravar sintomas psicóticos e de humor, aumentando o risco de crises e diminuindo a adesão ao tratamento. Na APS, o rastreamento do uso de álcool e drogas é fundamental para identificar riscos e implementar estratégias de prevenção e intervenção precoce (Laranjeira *et al.*, 2012).

3.2. ABORDAGENS PARA O MANEJO DE TRANSTORNOS MENTAIS GERAIS E GRAVES NA APS

3.2.1. TRIAGEM E AVALIAÇÃO INICIAL

A APS desempenha um papel central na triagem de sintomas e no monitoramento do progresso do paciente. O uso de escalas de avaliação, como o PHQ-9 para depressão e o GAD-7 para ansiedade, permite que os profissionais quantifiquem a gravidade dos sintomas, auxiliando na tomada de decisões clínicas e no planejamento do cuidado. Tais ferramentas são práticas, acessíveis e validadas para o uso na APS (Camacho; Thompson; Bond, 2016).

3.2.2. ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E ACOMPANHAMENTO CONTÍNUO

Quanto aos casos de transtornos mentais graves, a APS deve coordenar o encaminhamento para serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e unidades de urgência psiquiátrica. A continuidade do cuidado inclui o acompanhamento pós-encaminhamento, monitorando o progresso e oferecendo suporte à família que, muitas vezes, desempenha um papel essencial na recuperação do paciente (Brasil, 2013).

3.2.3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REDUÇÃO DO ESTIGMA

A APS também é um ambiente propício para a educação em saúde mental, promovendo a conscientização e a redução do estigma associado aos transtornos mentais. A educação em saúde envolve orientações para pacientes e familiares sobre sintomas, tratamentos e práticas de autocuidado, que incluem hábitos saudáveis, como atividade física regular, sono adequado e suporte psicossocial na comunidade (Silva *et al.*, 2014).

4.

ATENDIMENTO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DEPRESSIVO NA APS



A depressão é um transtorno mental prevalente que afeta aproximadamente 280 milhões de pessoas em todo o mundo, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2023). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 revelou que 10,2% da população com 18 anos ou mais havia recebido diagnóstico de depressão por um profissional de saúde mental, um aumento em relação aos 7,6% registrados em 2013 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019). Essa condição é uma das principais causas de incapacitação, impactando significativamente a qualidade de vida dos pacientes e sobrecarregando os sistemas de saúde.

O **Transtorno Depressivo Maior (TDM)** é uma condição caracterizada por episódios depressivos que duram, pelo menos, duas semanas, durante os quais o paciente experimenta humor deprimido e perda de interesse ou prazer em atividades cotidianas. Outros sintomas incluem alterações no apetite e sono, fadiga, dificuldade de concentração, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, e, em casos graves, ideação suicida (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

Os subtipos de Transtorno Depressivo Maior incluem:

- **Com características ansiosas:** Pacientes apresentam sintomas de ansiedade junto à depressão, o que geralmente agrava o prognóstico;
- **Com características mistas:** Presença de sintomas maníacos junto aos depressivos, sem que se configure um episódio maníaco completo;
- **Com características melancólicas:** Perda total de prazer em quase todas as atividades e piora dos sintomas no período da manhã;
- **Com características atípicas:** Inclui hipersonia, ganho de peso e alta sensibilidade à rejeição;
- **Com características psicóticas:** Episódios depressivos acompanhados de delírios ou alucinações.

4.1. AVALIAÇÃO E TRIAGEM

- **Crterios de Avaliao:** O uso de instrumentos padronizados, como o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), é recomendado para triagem e acompanhamento da depressão. Nesse sentido, o PHQ-9 avalia a frequência dos sintomas depressivos e classifica a gravidade em leve, moderada ou grave. Ele é estruturado com 9

perguntas que refletem os critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior no DSM-5. Sua pontuação total varia de 0 a 27, com níveis de gravidade classificados como leve (5-9), moderada (10-14), moderadamente grave (15-19) e grave (20-27);

- **Identificação de Sinais e Sintomas:** Sintomas centrais incluem humor deprimido e perda de interesse nas atividades diárias. Outros sinais podem incluir, ainda, problemas de sono, agitação psicomotora, fadiga e sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva;
- **Entrevista Clínica:** A anamnese deve incluir uma avaliação detalhada do histórico pessoal e familiar de transtornos mentais, além de fatores sociais e comorbidades que possam agravar o quadro depressivo. Deve-se, também, investigar a presença de doenças crônicas como, por exemplo, diabetes e hipertensão – estas frequentemente associadas à depressão;
- **Exame Físico:** É fundamental realizar uma avaliação física para descartar causas orgânicas, como hipotireoidismo ou anemia, que podem mimetizar sintomas depressivos. O uso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas, também deve ser investigado;
- **Avaliação Psicossocial:** Fatores como estresse no trabalho, conflitos familiares e dificuldades financeiras podem influenciar no desenvolvimento ou agravamento da depressão. A avaliação desses fatores, portanto, ajuda a guiar o tratamento psicossocial.

4.2. TRATAMENTO: FARMACOTERAPIA

1. **Crítérios de Indicação:** O tratamento medicamentoso é geralmente indicado em casos de depressão moderada à grave, quando os sintomas interferem de forma significativa na funcionalidade do paciente. Pacientes com risco elevado de suicídio também devem ser tratados com medicamentos, além de acompanhamento psicológico;
2. **Escolha de Medicamentos:** Os antidepressivos mais utilizados são os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), como fluoxetina e sertralina, devido ao seu perfil de segurança e eficácia. Em alguns casos, ansiolíticos podem ser prescritos para controle temporário da ansiedade associada;
3. **Monitoramento:** O acompanhamento regular é essencial para avaliar a eficácia do tratamento e ajustar as doses, se necessário. É importante, também, monitorar

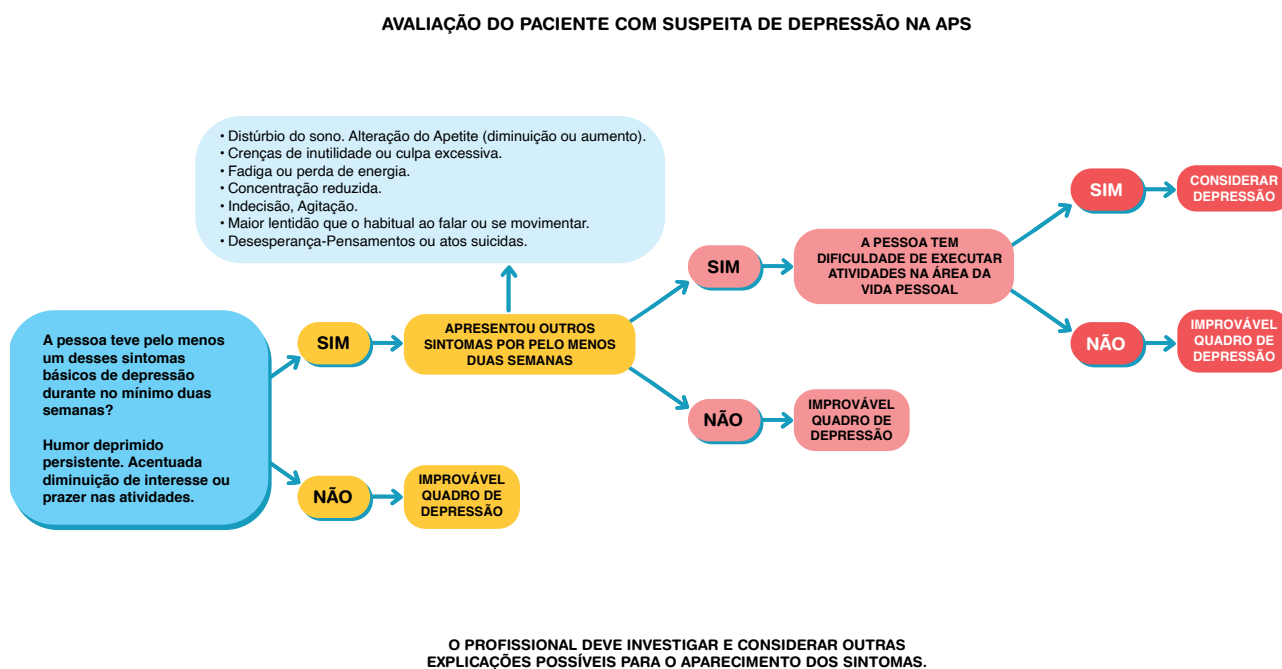
possíveis efeitos colaterais, tais como acréscimo de peso ou disfunções sexuais, que podem interferir na adesão ao tratamento;

4. **Manutenção:** Geralmente, os medicamentos antidepressivos são mantidos pelo menos por 9 a 12 meses após a resolução dos sintomas e nunca devem ser interrompidos somente porque houve alguma melhora. Portanto, é importante o profissional de saúde orientar a pessoa sobre a importância da continuidade do tratamento.

4.2.1. ACOMPANHAMENTO E SEGMENTO

Após a avaliação inicial e o início do tratamento, o acompanhamento contínuo é fundamental para garantir a resposta adequada e a adesão ao tratamento. A reavaliação periódica permite ajustes na abordagem terapêutica, além da identificação precoce de possíveis recaídas ou complicações. Caso o paciente não apresente melhora, deve-se revisar o tratamento e considerar abordagens psicoterapêuticas ou ajustes na farmacoterapia (Ver Figura 3). O profissional de saúde também deve implementar estratégias de psicoeducação e realizar a busca ativa dos pacientes que interromperam o tratamento.

Figura 3 - Fluxograma para avaliação do paciente com suspeita de depressão



Fonte: adaptado de Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

Fluxograma para Acompanhamento: O fluxograma apresentado orienta o manejo de pacientes com transtorno depressivo, delineando o seguimento clínico, com foco na avaliação regular e ajustes terapêuticos. Esse processo visa a otimização do cuidado, especialmente em casos complexos ou refratários ao tratamento inicial (Ver Figura 4).

Figura 4 - Fluxograma para acompanhamento do paciente com suspeita de depressão



Fonte: adaptado de Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

4.2.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

O manejo da depressão na APS exige uma abordagem integral, com avaliação clínica detalhada, uso de instrumentos validados e acompanhamento contínuo. Quadros de depressão com fase maníaca devem ser mantidas próximas durante todas as etapas do manejo do paciente com depressão². A colaboração entre o paciente, a família e a equipe multiprofissional são imprescindíveis para o sucesso do tratamento e a prevenção de recaídas. Além disso, para grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes, idosos e mulheres grávidas, o manejo deve ser adaptado às necessidades específicas desses pacientes, conforme detalhado no **Apêndice A: Manejo Específico de Grupos Vulneráveis no Tratamento da Ansiedade e Depressão**.

² **Notas:** Para a assistência de pacientes com sinais e sintomas de depressão e de mania, o que sugere transtorno bipolar (elevação do humor, irritabilidade, comportamento impulsivo, autoestima elevada, perda de inibição social, fácil distração etc.), o profissional de saúde deverá consultar um especialista (acionar a equipe e-Multi, por exemplo). Nessas situações, a prescrição de apenas antidepressivos, sem um estabilizador do humor como lítio, carbamazepina ou valproato, pode ser prejudicial, uma vez que os antidepressivos podem acarretar mania em pessoas com transtorno bipolar (Organização Panamericana de Saúde, 2018).

5.

ATENDIMENTO DO PACIENTE COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE NA APS



A ansiedade é uma emoção humana universal, caracterizada por uma sensação de apreensão, preocupação excessiva ou medo diante de situações reais ou imaginárias. É uma resposta natural do organismo a situações de perigo ou estresse, funcionando como um sistema de alerta. No entanto, quando a ansiedade se torna persistente, intensa e interfere significativamente na vida cotidiana, pode evoluir para um transtorno de humor, comprometendo significativamente o pensamento, o comportamento e a qualidade de vida da pessoa.

Entre os transtornos de ansiedade mais comuns estão o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), o Transtorno de Pânico e as fobias específicas. Esses transtornos afetam gravemente a qualidade de vida e o desempenho diário dos indivíduos, muitas vezes levando ao isolamento social e prejuízo no trabalho ou nas relações pessoais (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

Nessa perspectiva, a ansiedade é um dos problemas de saúde mental mais comuns em todo o mundo, afetando pessoas de todas as idades, culturas e origens socioeconômicas. Em relação à sua relevância epidemiológica, esta se destaca por diversos motivos:

- **Alta prevalência:** Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos mentais mais diagnosticados, com uma prevalência significativa na população geral;
- **Início precoce:** Muitas vezes, os transtornos de ansiedade se iniciam na infância ou adolescência, podendo persistir ao longo da vida se não forem adequadamente tratados;
- **Comorbidade:** A ansiedade frequentemente coexiste com outros transtornos mentais, como a depressão, o transtorno bipolar e os transtornos do uso de substâncias, o que complexifica o quadro clínico e dificulta o tratamento;
- **Impacto na qualidade de vida:** A ansiedade pode ter um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas, afetando suas relações interpessoais, seus desempenhos profissionais e suas atividades cotidianas;
- **Custos socioeconômicos:** Os transtornos de ansiedade geram altos custos para os sistemas de saúde e para a sociedade como um todo, devido aos gastos com tratamentos, perda de produtividade e absenteísmo no trabalho.

5.1. FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

- **Genética:** A predisposição genética pode aumentar o risco de desenvolver transtornos de ansiedade;
- **Ambiente:** Fatores ambientais, como estresse crônico, traumas e eventos adversos na infância, podem desencadear ou agravar a ansiedade;
- **Personalidade:** Certos traços de personalidade – como o perfeccionismo, por exemplo – podem aumentar a vulnerabilidade à ansiedade;
- **Uso de substâncias:** O abuso de álcool e de outras drogas pode desencadear ou agravar os sintomas de ansiedade;
- **Condições médicas:** Algumas condições médicas, como doenças cardíacas, hipertireoidismo e asma, podem estar associadas à ansiedade.

5.2. SUBTIPOS DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

- **Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG):** Caracteriza-se por uma preocupação constante e desproporcional sobre várias atividades diárias, que persiste por pelo menos seis meses. Além disso, sintomas físicos – como tensão muscular, insônia e fadiga – são comuns;
- **Transtorno de Pânico:** Envolve ataques súbitos de medo intenso, acompanhados de sintomas físicos como palpitações, sudorese, tremores e sensação de falta de ar. Os ataques geralmente ocorrem sem motivo aparente, e o medo de sofrer novos ataques leva à evitabilidade de certas situações;
- **Transtornos Fóbicos:** Incluem medos excessivos e irracionais de objetos ou situações específicas, como a fobia social (medo de ser julgado em situações sociais) ou fobia específica (medo de alturas, aranhas etc.). O contato com o objeto fóbico gera uma resposta de ansiedade imediata e desproporcional;
- **Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC):** Caracteriza-se por obsessões (pensamentos intrusivos e repetitivos) e compulsões (comportamentos repetitivos)

realizados para neutralizar a ansiedade). Por exemplo, a obsessão por limpeza leva à compulsão de lavar as mãos repetidamente;

- **Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT):** Surge após a exposição a um evento traumático. Os pacientes podem reviver o trauma por meio de flashbacks ou pesadelos, além de evitarem estímulos associados ao evento, com um estado constante de hipervigilância.

5.3. AVALIAÇÃO E TRIAGEM

1. **Crítérios e Ferramentas de Avaliação:** A triagem de ansiedade na APS pode ser feita por meio de questionários padronizados como o GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder 7 – (Anexo 1) que avalia a gravidade da ansiedade generalizada. Ele ajuda a identificar os casos mais graves que precisam de atenção especializada. Ademais, tal instrumento é composto por 7 (sete) perguntas, utilizado para triagem de sintomas de transtorno de ansiedade generalizada, diagnóstico e acompanhamento da ansiedade. Sua pontuação varia de 0 a 21, com gravidade leve (5-9), moderada (10-14) e grave (15-21);
2. **Identificação de Sinais e Sintomas:** Os sinais de ansiedade incluem preocupação excessiva, agitação, irritabilidade, dificuldade de concentração e sintomas físicos como tensão muscular e cansaço. A presença desses sintomas por um período prolongado, interferindo nas atividades diárias, sugere transtorno de ansiedade;
3. **Entrevista Clínica:** A anamnese deve ser detalhada, abordando o histórico pessoal e familiar do paciente, seus antecedentes sociais, além de investigar a presença de comorbidades psiquiátricas ou físicas que possam influenciar no quadro clínico;
4. **Exame Físico:** É importante excluir possíveis causas orgânicas dos sintomas, como hipotireoidismo, anemia ou efeitos colaterais de medicamentos. O uso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas, também pode agravar ou desencadear sintomas de ansiedade;
5. **Avaliação Psicossocial:** A análise dos fatores psicossociais é essencial, visto que situações como estresse no trabalho, conflitos familiares e dificuldades financeiras podem agravar os sintomas de ansiedade. Assim, identificar esses fatores auxilia no planejamento terapêutico;

6. **Diagnóstico diferencial:** Deve excluir causas provocadas por medicamentos, intoxicação, ansiedade, abstinência de drogas ou psicotrópicos, bem como outras condições clínicas que apresentem sintomas semelhantes de ansiedade. É fundamental, também, descartar outras doenças psiquiátricas, dado o alto índice de comorbidade, especialmente com depressão (60% dos casos depressivos apresentam sintomas de ansiedade associados), abuso de substância, outros transtornos de ansiedade e condições clínicas.

5.4. TRATAMENTO

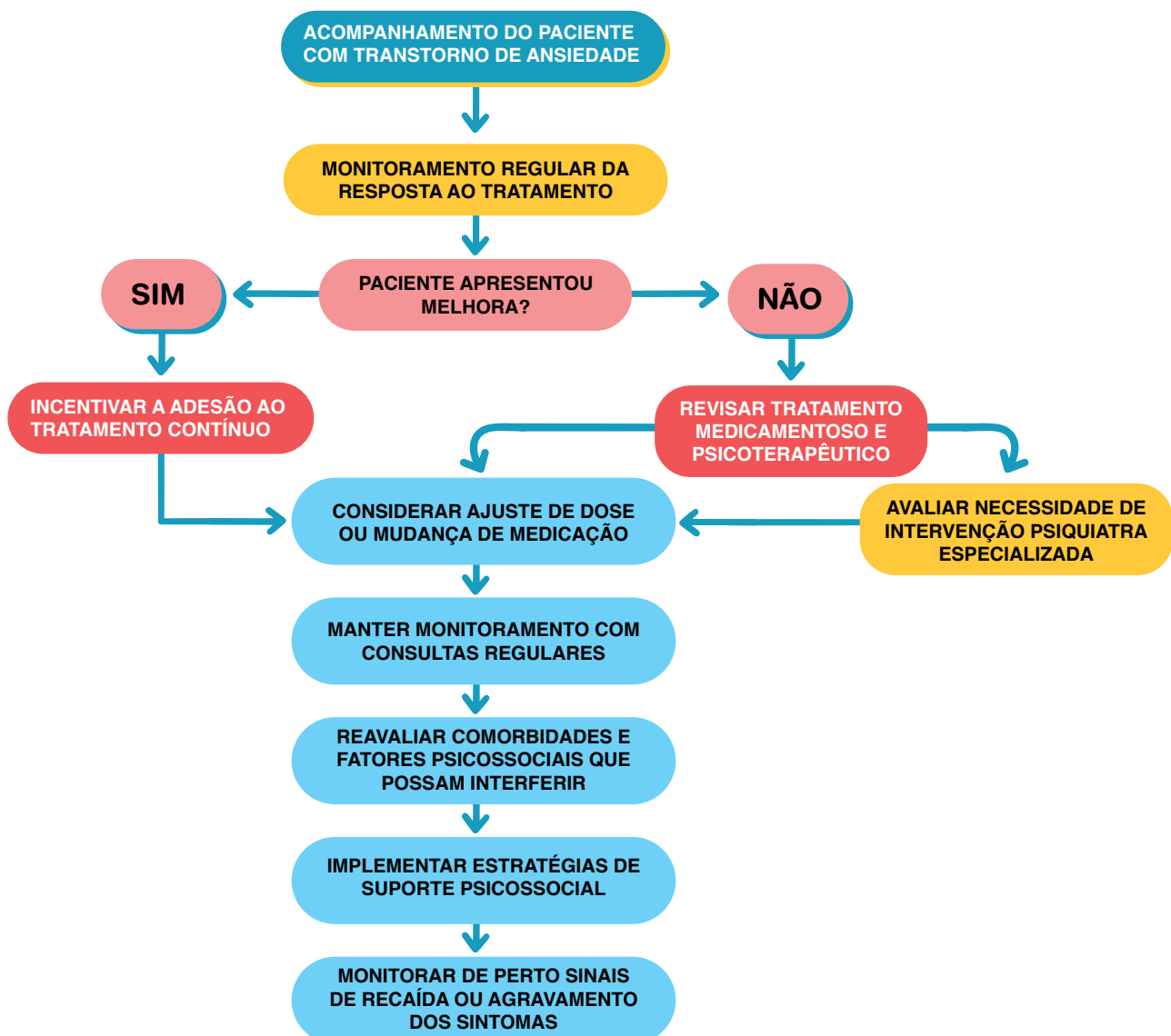
- **Crítérios de Indicação:** O tratamento medicamentoso geralmente é indicado em casos moderados a graves de ansiedade, quando os sintomas interferem significativamente na funcionalidade do paciente. A associação com psicoterapia também é recomendada para potencializar os resultados;
- **Escolha de Medicamentos:** Os antidepressivos, especialmente os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), como a fluoxetina e sertralina, são frequentemente usados como primeira linha de tratamento. Benzodiazepínicos podem ser usados por curtos períodos, mas com cautela devido ao risco de dependência;
- **Monitoramento:** O acompanhamento regular do paciente é crucial para ajustar doses de medicamentos e monitorar possíveis efeitos colaterais (por exemplo, acréscimo de peso ou disfunção sexual, especialmente no uso prolongado de antidepressivos);
- **Intervenções psicoterapêuticas:** Certas abordagens psicoterapêuticas demonstram ser tão eficazes quanto os tratamentos medicamentosos para transtornos de ansiedade. Assim, a combinação de ambos os métodos foi mostrada mais eficaz do que a utilização de apenas um deles isoladamente. É importante oferecer ao paciente a possibilidade de escolher entre essas abordagens, desde que elas estejam disponíveis na região. Deve-se esclarecer que, assim como os medicamentos, a psicoterapia também não produz resultados imediatos e a continuidade no tratamento é essencial para alcançar uma melhora. São exemplos desse tipo de intervenção: psicoeducação sobre ansiedade e hábitos de vida; registro de sintomas (diário) e reestruturação de distorções cognitivas; técnicas de manejo imediato de ansiedade (relaxamento, controle da respiração); técnicas de exposição a situações fóbicas com o objetivo

de treinar habilidades de enfrentamento (Coping) e grupos de autoajuda e de apoio (Damasceno *et al.*, 2019).

5.5. ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO CONTÍNUO

O monitoramento contínuo é crucial para ajustar o tratamento e garantir a adesão. O plano de acompanhamento deve incluir a reavaliação periódica da eficácia do tratamento, ajustes nas intervenções e busca ativa de pacientes que interromperam o tratamento. Os profissionais devem oferecer suporte contínuo, incentivando o paciente a manter as consultas regulares (Ver Figura 5). Nos casos de comorbidades, como depressão associada à ansiedade, o manejo deve ser integrado, visando à melhora global do paciente.

Figura 5 - Fluxograma para acompanhamento do paciente com transtorno de ansiedade



CONCLUSÃO

O manejo dos transtornos de ansiedade na APS requer uma abordagem integrada e multidisciplinar, envolvendo a avaliação clínica, intervenções psicossociais e farmacoterapia. O acompanhamento contínuo e a articulação com outros serviços de saúde mental, como os CAPS, são essenciais para garantir um cuidado de qualidade e eficaz.

6.

MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO EM PACIENTES DA APS



O risco de suicídio é elevado em pacientes com transtornos mentais, especialmente em casos de depressão e transtornos de ansiedade. Fatores como desesperança, agitação psicomotora e sintomas psicóticos aumentam o risco de comportamento suicida. Nesse sentido, tanto o DSM-5 quanto o CID-10 reconhecem o risco aumentado de suicídio em indivíduos com essas condições, recomendando uma avaliação cuidadosa dos fatores de risco (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

6.1. ENTREVISTA CLÍNICA

A entrevista clínica é a principal ferramenta para avaliar o risco de suicídio (Figura 6). Desse modo, questões diretas e não julgadoras são recomendadas para permitir que o paciente expresse seus pensamentos e intenções com relação ao suicídio.

Perguntas que podem ser feitas incluem:

- Você tem pensado em se machucar ou se matar?
- Você já planejou como faria isso?
- Você já tentou se machucar no passado?
- Há algo que o impede de cometer suicídio?

Essas perguntas ajudam o profissional de saúde a identificar a seriedade e o planejamento dos pensamentos suicidas.

6.2. FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco para suicídio incluem:

- **História prévia de tentativas de suicídio:** O maior preditor de uma tentativa futura;
- **Presença de transtornos mentais:** Transtornos como depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade e abuso de substâncias aumentam significativamente o risco;
- **Sintomas graves:** Desesperança, isolamento social e episódios psicóticos são indicativos fortes de risco;

- **Eventos recentes de vida:** Perdas significativas, como divórcio ou morte de um ente querido, podem precipitar pensamentos suicidas;
- **Acesso a meios letais:** Ter acesso a armas de fogo ou medicamentos perigosos aumenta significativamente o risco;
- **Fatores familiares e sociais:** História familiar de suicídio, abuso infantil e falta de apoio social são outros fatores agravantes.

6.3. FATORES PROTETORES

Os fatores que reduzem o risco de suicídio incluem:

- **Suporte social:** Uma rede de apoio ativa e envolvente pode reduzir o risco;
- **Crenças religiosas ou morais:** Algumas crenças podem oferecer uma barreira protetora ao suicídio;
- **Tratamento eficaz:** A adesão ao tratamento psiquiátrico pode diminuir a intensidade dos sintomas suicidas;
- **Responsabilidade familiar:** Pacientes com forte senso de responsabilidade familiar tendem a resistir mais à ideia de suicídio.

O instrumento para avaliação do risco de suicídio é o SAD PERSONS (Anexo 3). A escala atribui um ponto para cada fator presente no paciente.

A pontuação total indica o nível de risco:

- **0-5 pontos:** Baixo risco;
- **6-8 pontos:** Risco moderado;
- **9-10 pontos:** Alto risco.

Figura 6 - Fluxograma para acompanhamento do paciente com risco de suicídio



Fonte: adaptado de Rio Grande do Sul (2019)

6.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo do risco de suicídio na APS deve incluir não só a identificação precoce de fatores de risco e de proteção, mas também a adoção de uma abordagem centrada no paciente, com suporte contínuo. Intervenções adequadas e a articulação com serviços especializados podem prevenir tentativas de suicídio e salvar vidas.

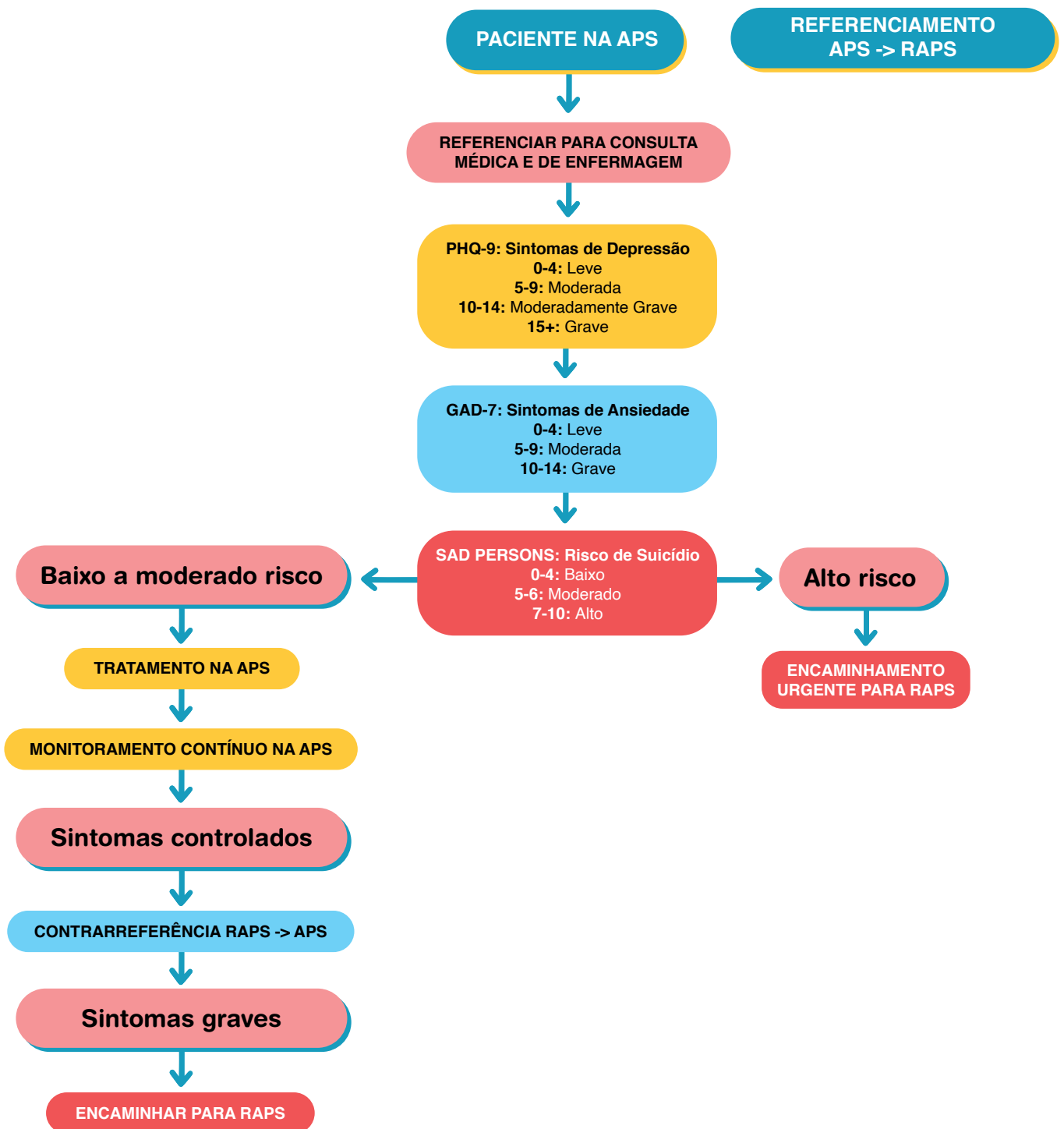
7.

FLUXOGRAMA DE TRIAGEM UTILIZANDO OS INSTRUMENTOS VALIDADOS



O fluxograma foi desenvolvido para guiar os profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) na triagem de pacientes com sintomas de depressão, ansiedade e risco de suicídio. Ele integra três escalas clínicas amplamente validadas: PHQ-9 (depressão), GAD-7 (ansiedade) e SAD PERSONS (risco de suicídio). A seguir, na Figura 7, detalha-se cada etapa do fluxograma e a interpretação dos pontos de corte das escalas, além das orientações de encaminhamento e monitoramento.

Figura 7 - Fluxograma de Triagem na APS



7.1. INÍCIO: PACIENTE NA APS

Quando o paciente chega à APS, o processo de triagem é iniciado. Dito isto, o profissional de saúde deve aplicar as três escalas para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e risco de suicídio.

7.2. APLICAÇÃO DAS ESCALAS

PHQ-9: Avaliação dos Sintomas de Depressão

Pontos de Corte:

- **0-4:** Sintomas leves ou ausência de depressão;
- **5-9:** Depressão leve;
- **10-14:** Depressão moderada;
- **15-19:** Depressão moderadamente grave;
- **20-27:** Depressão grave.

Encaminhamento: Pacientes com escores entre 10-14 devem ser observados, e aqueles com escores superiores a 15 devem ser referenciados para avaliação psicológica ou psiquiátrica em serviços especializados da RAPS.

GAD-7: Avaliação dos Sintomas de Ansiedade

Pontos de Corte:

- **0-4:** Ansiedade leve ou ausência de ansiedade;
- **5-9:** Ansiedade moderada;
- **10-14:** Ansiedade grave.

Encaminhamento: Pacientes com escores acima de 10 podem necessitar de intervenção especializada, e é recomendado o encaminhamento para os equipamentos especializados da RAPS dependendo da gravidade dos sintomas e impacto funcional.

SAD PERSONS: Avaliação do Risco de Suicídio

Pontos de Corte:

- **0-4:** Baixo risco de suicídio;
- **5-6:** Risco moderado de suicídio;
- **7-10:** Alto risco de suicídio.

Encaminhamento: Pacientes com escores entre 5-6 devem ser monitorados atentamente e, dependendo do contexto clínico, referenciados para os equipamentos especializados da RAPS. Para escores acima de 7, o encaminhamento para esses serviços especializados deve ser imediato e urgente devido ao alto risco de suicídio.

7.2.1. DECISÕES DE ENCAMINHAMENTO

Dependendo dos resultados das escalas, o profissional de saúde na APS deverá seguir os seguintes passos:

- **Encaminhamento para os equipamentos especializados da RAPS:** Pacientes com depressão moderadamente grave (PHQ-9 \geq 15), ansiedade grave (GAD-7 \geq 10) ou risco de suicídio moderado a alto (SAD PERSONS \geq 5) devem ser referenciados à Rede de Atenção Psicossocial para avaliação e tratamento especializado. Casos de alto risco de suicídio (SAD PERSONS \geq 7) requerem encaminhamento urgente;
- **Tratamento na APS:** Pacientes com escores moderados em qualquer das escalas podem ser tratados inicialmente na APS com acompanhamento contínuo. Esses casos incluem depressão leve (PHQ-9 5-9) e ansiedade leve (GAD-7 5-9). Se houver piora dos sintomas durante o monitoramento, o paciente deverá ser referenciado para os equipamentos especializados da RAPS;
- **Monitoramento Contínuo:** Pacientes com sintomas leves ou bem controlados devem ser monitorados regularmente para garantir que não ocorra agravamento dos sintomas. O monitoramento contínuo também é recomendado para pacientes que retornam dos serviços especializados da RAPS após tratamento (contrarreferência), para avaliar a evolução dos sintomas.

7.2.2. CONTRARREFERÊNCIA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DA RAPS PARA APS

Pacientes que retornam à APS após tratamento nos serviços especializados na RAPS devem passar novamente pela triagem com as mesmas escalas (PHQ-9, GAD-7 e SAD PERSONS) para avaliar se houve progresso ou se ainda há necessidade de encaminhamento contínuo para os equipamentos especializados da RAPS. Pacientes com escores controlados permanecem sob monitoramento na APS, enquanto aqueles com piora significativa dos sintomas devem ser reencaminhados.

Uso de Escalas na APS

As escalas de avaliação de saúde mental desempenham um papel fundamental na triagem e monitoramento de transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde (APS). Ferramentas padronizadas, como o PHQ-9 para depressão e o GAD-7 para ansiedade, permitem que os profissionais identifiquem e acompanhem a gravidade dos sintomas, promovendo um diagnóstico precoce e facilitando o encaminhamento para atenção especializada quando necessário. Essas escalas são validadas para uso na APS e têm demonstrado eficácia na detecção de sintomas, fornecendo uma base objetiva para intervenções clínicas (Kroenke; Spitzer; Williams, 2001; Spitzer *et al.*, 2006).

Escala PHQ-9 para Avaliação da Depressão

A Escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) é amplamente utilizada na APS para a triagem de sintomas depressivos. Trata-se de um questionário autoadministrado composto por nove itens que avaliam a presença e a intensidade dos sintomas depressivos nas últimas duas semanas. Esta ferramenta é útil para a APS, uma vez que facilita, a saber: Detecção Precoce de Depressão – o PHQ-9 é eficaz para identificar casos de depressão moderada a grave, possibilitando intervenções rápidas e preventivas; Monitoramento da Resposta ao Tratamento – a escala permite uma avaliação objetiva da evolução do paciente, facilitando a adaptação do plano de cuidado conforme necessário (Kroenke; Spitzer; Williams, 2001). Estudos indicam, além disso, que o PHQ-9 tem alta sensibilidade e especificidade para a detecção de depressão em diversos contextos clínicos, incluindo a APS (Camacho; Thompson; Bond, 2016).

Escala GAD-7 para Avaliação da Ansiedade

A Escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) é utilizada para identificar e avaliar a gravidade do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e de outros transtornos ansiosos. Consiste em sete itens que refletem os principais sintomas de ansiedade. Na APS, o GAD-7 é particularmente valioso porque: Facilita o Diagnóstico de Transtornos Ansiosos; permite uma triagem rápida e confiável, direcionando o profissional a decidir sobre o encaminhamento para o cuidado especializado quando necessário; auxilia no Monitoramento dos Sintomas – o acompanhamento periódico com o GAD-7 ajuda a medir a resposta ao tratamento e ajustar a abordagem terapêutica de acordo com a evolução do quadro clínico (Spitzer *et al.*, 2006). Desse modo, a aplicação do GAD-7 na APS melhora a detecção de transtornos ansiosos e apoia uma resposta terapêutica alinhada com a gravidade dos sintomas, conforme evidenciado em estudos recentes (Smith *et al.*, 2020).

Importância do Uso de Ferramentas Padronizadas

O uso de escalas validadas – PHQ-9 e GAD-7, por exemplo – proporciona uma abordagem estruturada para o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais na APS. Além disso, as escalas validadas facilitam a comunicação entre profissionais de diferentes níveis de cuidado, visto que essas ferramentas apoiam a tomada de decisões clínicas baseada em dados objetivos, aprimorando a qualidade do atendimento e a segurança do paciente (CamachoThompson; Bond, 2016).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-609597>. Acesso em: 6 set. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**. 5. ed. Arlington: America Psychiatric Publishing, 2013.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BARCELOS, L. B. F.; SILVA, T. C.; NNUNES, C. J. R. Reception and flow of patients with mental disorders in Primary Care: experience report. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, e41111334957, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i13.34957. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34957>. Acesso em: 1 dez. 2024.

BRASIL. **[Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 6 set. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 6 set. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html. Acesso em: 6 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com transtornos mentais comuns em serviços de saúde mental na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoas_transtornos_mentais.pdf. Acesso em: 24 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2022.pdf. Acesso em: 24 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 30 nov. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 770, de 12 de dezembro de 2022. Dispõe sobre os requisitos para a realização de estudos clínicos com medicamentos no Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-770-de-12-de-dezembro-de-2022-455428740>. Acesso em: 17 fev. 2025.

CAMACHO, A.; THOMPSON, L.; BOND, S. The validity of PHQ-9 and GAD-7 for screening for depression and anxiety disorders in primary care. **Journal of Affective Disorders**, New York, v. 206, p. 87-93, 2016.

DAMASCENO, M. R. et al. Dinâmica de uso de psicofármacos e a relação com a psicoterapia psicanalítica na interface da saúde mental: uma revisão integrativa. **Journal of Human Growth and Development**, v. 29, n. 2, p. 274-283, 2019. DOI: <http://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9432>.

FDA. Food and Drug Administration. **Drug safety communications**. Disponível em: https://www-fda-gov.translate.goog/drugs/drug-safety-and-availability/drug-safety-communications?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=sge. Acesso em: 17 fev. 2025.

FONSECA, I.; SALGADO, D. S.; SCHREIBER, E. Validação da Escala SAD PERSONS para avaliação do risco de suicídio em pacientes psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 147-154, 2006. DOI: 10.1590/S1516-44462006000300011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Questionário dos moradores do domicílio**. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, Boston, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. São Paulo: INPAD, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Depressão**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 30 nov. 2024.

PEREIRA, A. A. **Diretrizes para saúde mental em atenção básica**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

RIBEIRO, J. D.; WALKER, E. A.; CARNEY, S. M. The validity of the patient health questionnaire-9 for screening to detect major depression among Brazilian primary care patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 2, p. 203-209, 2009. DOI: 10.1590/S1516-44462009000200016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201911/13155144-guia-intersectorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2024.

RODRIGUES, B. C.; MIGUEL, T. C. P.; CRIVELARO, P. M. S. O acolhimento de pacientes com transtornos mentais na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. CONGRESSO NACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – CONIC-SEMESP, 2020. Marília-SP. **Anais [...]**. Marília-SP: Unimar, 2020. Disponível em: <https://www.conic-semesp.org.br/anais/files/2020/trabalho-1000005631.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2024.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Dados sobre saúde mental em Sergipe**. 2022. Disponível em: <https://www.saude.se.gov.br>. Acesso em: 30 nov. 2024.

SILVA, M. T. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 416-424, 2014.

SILVA, A. S. et al. Tradução e validação do Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) para uso no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 84-89, 2006. DOI: 10.1590/S1516-44462006000100016.

SPITZER, R. L. et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092-1097, 2006.

SMITH, K. et al. Generalized Anxiety Disorder-7 scale in primary care: a systematic review. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 177, n. 8, p. 730-738, 2020.

TORRES NETO, F. Transtorno mental comum em populações assistidas pela Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, p. e031190, 2023. DOI:10.1590/1414-462X202331030119.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_po.pdf. Acesso em: 24 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision)**. Genebra: OMS, 1992. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em: 27 abr. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Depressive disorder (depression)**. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 30 nov. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A - MANEJO ESPECÍFICO DE GRUPOS VULNERÁVEIS NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Este apêndice aborda as particularidades no manejo de ansiedade e depressão para grupos vulneráveis, incluindo crianças e adolescentes, idosos e pessoas grávidas, cujas características clínicas e necessidades terapêuticas requerem ajustes específicos. As orientações aqui fornecidas complementam as diretrizes gerais do protocolo, permitindo que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) adaptem as intervenções de acordo com as particularidades de cada grupo.

1. Crianças e Adolescentes

Os sintomas de depressão em jovens podem diferir dos observados em adultos, manifestando-se frequentemente como irritabilidade, queda no desempenho escolar e isolamento social. O tratamento inicial para este grupo deve priorizar a psicoterapia, com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) sendo uma abordagem recomendada devido à sua eficácia comprovada. O uso de medicamentos deve ser restrito a casos em que as intervenções psicossociais não forem suficientes. Fluoxetina é o inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) recomendado para adolescentes a partir de 12 anos, com acompanhamento semanal nas quatro primeiras semanas para monitoramento de ideação suicida e adaptação ao tratamento.

2. Idosos

Em idosos, a depressão e a ansiedade podem ser frequentemente mascaradas por comorbidades, como demência ou doenças crônicas, tornando o diagnóstico e o tratamento mais complexos. Antidepressivos tricíclicos (como amitriptilina) devem ser evitados devido ao alto risco de efeitos adversos. A escolha de medicamentos deve priorizar aqueles com menor perfil de interação e menor risco de efeitos colaterais. Nos casos de ansiedade, a TCC também é uma opção eficaz e o manejo deve considerar a polifarmácia, comum nessa faixa etária, para garantir a segurança e a adesão ao tratamento.

3. Pessoas Grávidas

O manejo da depressão e da ansiedade durante a gestação requer uma análise cuidadosa dos benefícios e riscos para o feto e para a mãe. A fluoxetina, que pertence aos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e é um medicamento de

primeira linha para a depressão, é classificada pelo Food and Drug Administration (FDA) como categoria C, o que significa que estudos em animais mostraram efeitos adversos no feto, mas não existem estudos bem controlados em gestantes, sendo recomendada apenas quando os benefícios superam os riscos (FDA, 2025). Dessa forma, deve ser administrada somente quando essencial. No caso da ansiedade, o uso de psicofármacos deve ser avaliado com extremo cuidado, priorizando abordagens psicossociais, que não oferecem riscos ao desenvolvimento fetal. Medicamentos com maior risco, como aqueles classificados nas categorias D ou X pelo FDA, devem ser evitados, pois há evidências de danos ao feto. Ressalta-se que qualquer prescrição de medicamentos durante o ciclo gravídico-puerperal deve considerar o risco-benefício, além de avaliar em qual categoria de risco o medicamento se encontra, conforme a classificação adotada pela RDC nº 770, de 12 de dezembro de 2022 (Brasil, 2022). O monitoramento contínuo é fundamental para avaliar tanto o bem-estar psicológico da mãe quanto o impacto potencial sobre o feto, ajustando o tratamento conforme necessário.

Considerações por Grupo para a Ansiedade

Cada grupo apresenta manifestações e desafios específicos no manejo da ansiedade:

1. **Crianças e Adolescentes:** A ansiedade pode se manifestar como irritabilidade e isolamento social, especialmente no ambiente escolar. A TCC é uma abordagem terapêutica eficaz para esta faixa etária, sendo o uso de medicamentos considerado somente em casos graves e com acompanhamento rigoroso;
2. **Idosos:** Em idosos, a ansiedade frequentemente se confunde com outras condições, como demência, e a polifarmácia é uma preocupação adicional. A prescrição de medicamentos como ISRS's deve ser feita com cautela, optando por aqueles com um perfil de segurança mais favorável;
3. **Pessoas Grávidas:** O tratamento da ansiedade durante a gestação deve balancear os riscos e benefícios, especialmente em relação ao uso de psicofármacos que possam afetar o feto. Intervenções psicossociais e técnicas de manejo de estresse são preferenciais.

Estas diretrizes auxiliam na adaptação do protocolo de manejo para atender às necessidades de cada grupo vulnerável, promovendo um tratamento seguro e eficaz na APS para ansiedade e depressão.

ANEXOS

ANEXO A – PHQ-9 (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE - 9)³

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE- (PHQ-9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?
 (Marque sua resposta com "✓")

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
 =Total Score: _____

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

³ RIBEIRO, J. D.; WALKER, E. A.; CARNEY, S. M. The validity of the patient health questionnaire-9 for screening to detect major depression among Brazilian primary care patients. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 31, n. 2, p. 203-209, 2009. DOI: 10.1590/S1516-44462009000200016.

ANEXO B – GAD-7 (GENERALIZED ANXIETY DISORDER - 7)⁴

GAD-7				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "✓")	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

⁴SILVA, A. S. et al. Tradução e validação do Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) para uso no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 28, n. 1, p. 84-89, 2006. DOI: 10.1590/S1516-44462006000100016.

SPITZER, R. L. et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine, v. 166, n. 10, p. 1092-1097, 2006.

ANEXO C – SAD PERSONS: AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO⁵

Escala SAD PERSONS

	Características	Descrição de sintomas e escores	Pontuação
S	Sexo	Se Feminino, marque 0. Se Masculino, pontue 1.	
A	Idade	Se o paciente tiver entre 15 e 25 anos ou mais de 59, pontue 1.	
D	Depressão ou desesperança	Se houver depressão ou diminuição da concentração, apetite, sono, libido, pontue 2.	
P	Tentativas prévias de suicídio ou tratamento psiquiátrico	Se em atendimento ambulatorial ou hospitalar psiquiátrico prévio, pontue 1.	
E	Uso excessivo de álcool ou drogas	Sinais ou conhecimento de adição crônica, uso frequente ou recente, pontue 1.	
R	Perda do pensamento racional	Psicose ou doença orgânica, pontue 2	
S	Solteiro(a), viúvo(a), separado (a) ou divorciado(a)	Se presentes, pontue 1.	
O	Tentativa de suicídio séria ou planejada	Planejamento organizado ou método arriscado, pontue 2.	
N	Sem apoio social	Sem familiares próximos, amigos, trabalho ou engajamento religioso, pontue 1.	
S	Declara futura intenção de tentar suicídio	Se determinado a repetir a tentativa ou mesmo ambivalente sobre a tentativa, pontue 2.	

TOTAL:

Somados os pontos, a avaliação de risco de suicídio é presumida da seguinte forma:
 Pontuações entre 0 e 5 indicam baixo risco de suicídio;
 Pontuações entre 6 e 8 requerem avaliação psiquiátrica;
 Pontuações maiores que 8 requerem internação psiquiátrica.

Desenvolvida por Patterson et al em 1983, escala mnemônica SAD PERSONS foi planejada para ser utilizada por não psiquiatras na triagem de hospitalização de pacientes deprimidos ou suicidas.

Em 1983, Patterson et al. usaram características conhecidas como de alto risco para desenvolver a escala mnemônica SAD PERSONS (pessoas tristes). A escala foi planejada para ser utilizada por não psiquiatras na avaliação da necessidade de hospitalização de pacientes suicidas.

⁵ FONSECA, I.; SALGADO, D. S.; SCHREIBER, E. Validação da Escala SAD PERSONS para avaliação do risco de suicídio em pacientes psiquiátricos. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 28, n. 3, p. 147-154, 2006. DOI: 10.1590/S1516-44462006000300011.



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



SERGIPE
GOVERNO DO ESTADO