

Ansiedade e depressão na atenção primária

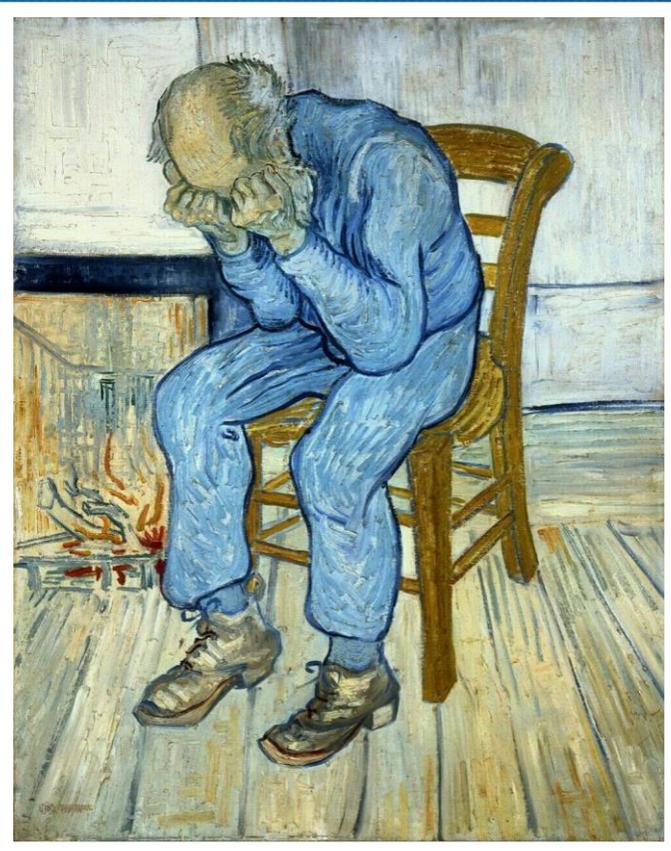
Guilherme Monteiro Constant

Psiquiatra - HUPAA/UFAL

Preceptor - residência de psiquiatria UFAL/Uncisal



Por que falar de depressão para médicos da atenção primária?



- Cerca de 12% dos adultos apresentarão depressão em algum momento da vida

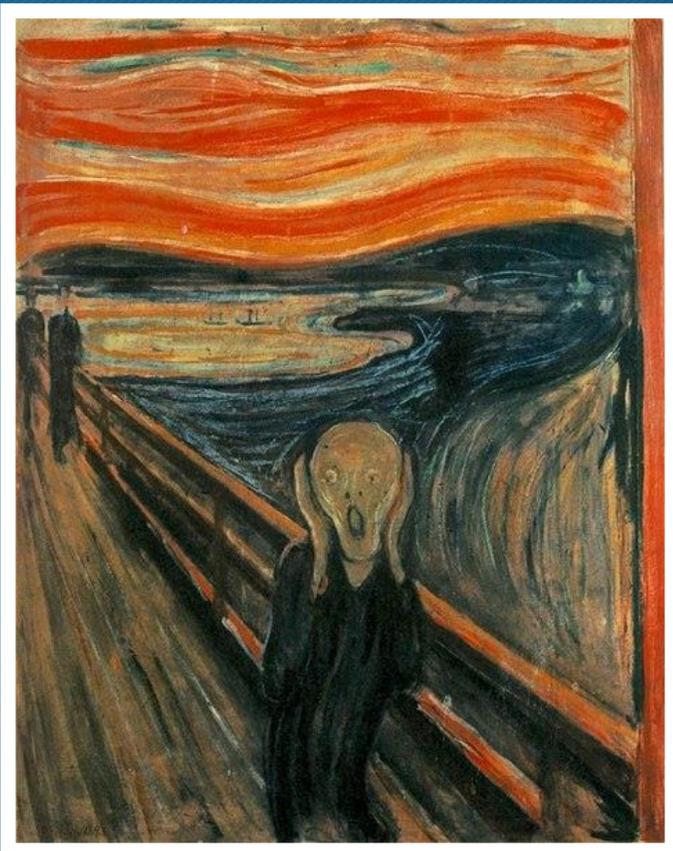
Brasil: 17-19%

- Prevalência de 5-10% nos pacientes da atenção primária

- 50% dos antidepressivos são prescritos por clínicos

Psiquiatras: 30%

Por que falar de ansiedade para médicos da atenção primária?



- OMS (2017): Brasil é o país com maior prevalência de transtornos de ansiedade

- 9,3% da
- Populaç

veja ASSINE

RADAR RADAR ECONÔMICO POLÍTICA ECONOMIA SAÚDE MUNDO CULTURA PLACAR

Saúde

Os brasileiros são os mais ansiosos do mundo, classifica a OMS

Os canadenses e os mexicanos, em compensação, são os que menos sofrem do transtorno

Por Redação Atualizado em 7 jun 2019, 18h21 - Publicado em 5 jun 2019, 15h24

nões

Como **diagnosticar** depressão e ansiedade?

Quando a tristeza passa a ser **depressão**?



Gravidade

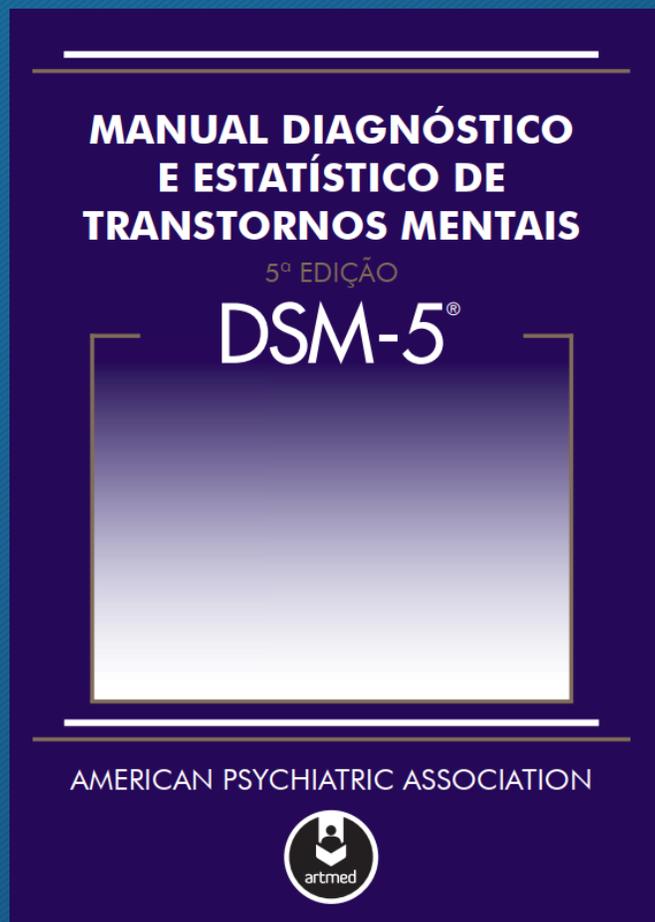


Duração



Sufrimento ou prejuízo

Depressão: diagnóstico



Esquizofrenia

Critérios Diagnósticos

295.90 (F20.9)

- A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):
1. Delírios.
 2. Alucinações.
 3. Discurso desorganizado.
 4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
 5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).
- B. Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).
- C. Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).
- D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.
- E. A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.
- F. Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Transtorno Depressivo Maior (DSM-5)

5 ou mais
sintomas

Na maioria
dos dias,
por pelo
menos 2
semanas

Um dos sintomas deve ser:

1

Humor deprimido

2

Perda do interesse ou prazer

3

Aumento ou diminuição de peso / apetite

4

Insônia ou hipersonia

5

Agitação ou lentificação psicomotor

6

Fadiga ou perda de energia

7

Sentimentos de inutilidade ou culpa excessivos

8

Dificuldade de pensar ou se concentrar, indecisão

9

Pensamentos de morte ou ideação suicida recorrentes ou tentativa de suicídio

Quando a **ansiedade** passa a ser um transtorno?



Ansiedade adaptativa

- Resposta a uma ameaça (dano corporal, punição, vergonha...)
- Adequado em intensidade e duração



Ansiedade patológica

- Desproporcional à situação
- Persistente além da situação

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

Ansiedade excessiva,
de difícil controle

Em diversos
contextos/situações

Na maioria dos dias,
por pelo menos 6
meses

Associada a pelo
menos 3 sintomas:

1 Inquietação ou “nervos à flor da pele”

2 Fatigabilidade

3 Dificuldade de concentração (“branco”)

4 Irritabilidade

5 Tensão muscular

6 Perturbação do sono

Transtorno do Pânico

Ataques de pânico recorrentes e inesperados

Seguido por pelo menos um mês de:

Preocupação persistente com novos ataques

OU

Mudanças desadaptativas de comportamento

Ataque de pânico

Surto abrupto de medo ou desconforto intenso

Alcança o pico em minutos

Associado a pelo menos 4 sintomas:

1 Palpitação, taquicardia

2 Sudorese

3 Tremores

4 Sensação de falta de ar

5 Sensação de asfixia

6 Dor/desconforto torácico

7 Náusea ou desconforto abdominal

8 Tontura ou desmaio

9 Calafrios ou ondas de calor

10 Parestesias

11 Desrealização ou despersonalização

12 Medo de perder o controle

13 Medo de morrer

Tratamento

Princípios gerais

Princípios gerais - Benzodiazepínicos



- Benzodiazepínicos: a maior parte das prescrições é na atenção primária

- **Rivotril foi o remédio controlado mais vendido em Alagoas no ano passado (2020)**

ALAGOAS

Agência Tatu | 09/02/21 - 09h35 - Atualizado em 09/02/21 - 09h39

- Dependência, sonolência diurna, tontura e quedas, prejuízo cognitivo e de memória

Princípios gerais - Benzodiazepínicos



- Evitar em monoterapia

- Evitar o uso contínuo

- Clonazepam 0,5mg se necessário (crise de ansiedade)

Princípios gerais - Benzodiazepínicos



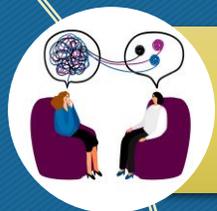
- Alternativas para insônia

Trazodona 50-100mg/noite

Quetiapina 25-50mg/noite

Zolpidem 10mg/noite

Princípios gerais - TAG e depressão



Psicoterapia



Tratamento farmacológico: antidepressivos



Meta do tratamento: remissão **total**

Escolha do medicamento



Inibidores seletivos de
recaptação de serotonina
(ISRS)



Antidepressivos tricíclicos

Escitalopram

Sertralina

Citalopram

Fluoxetina

Paroxetina

Fluvoxamina

Amitriptilina

Clomipramina

Imipramina

Nortriptilina

Como escolher o medicamento?



Quais antidepressivos são mais eficazes?

Poucas evidências

Diferenças modestas (5-6%)



Efeitos adversos

Perfil do paciente

Idade

Comorbidades

Medicações em uso

Sintomatologia

TAG e depressão: como escolher o medicamento?



Quais antidepressivos são mais tolerados?

ISRS

Bem tolerados

- Disfunção sexual (50-80%)
- Sedação ou insônia (25%)
- Cefaleia, náuseas, ansiedade (primeiras semanas)

Iniciar com ½ dose

1ª linha

ADT

Menos tolerados

- Sedação (muito comum)
- Efeitos anticolinérgicos (xerostomia, constipação...)
- Ganho de peso
- Arritmias

2ª linha

ISRS

Citalopram

- 20-40mg/dia em dose única
- Poucas interações medicamentosas
- Mais tolerado que alguns outros ISRS
- Leve sedação



Fluoxetina

- 20-80mg/dia em dose única ou fracionada
- Efeitos GI: tomar após refeição
- Ativador - administrar durante o dia
- Inapetência



Antidepressivos tricíclicos

Amitriptilina

- **75-300mg/dia**
 - Iniciar com 25 mg/dia
 - ↑25mg a cada 3-7 dias
- Sedativo
- Controle de dor crônica



Imipramina

- 75-300mg/dia

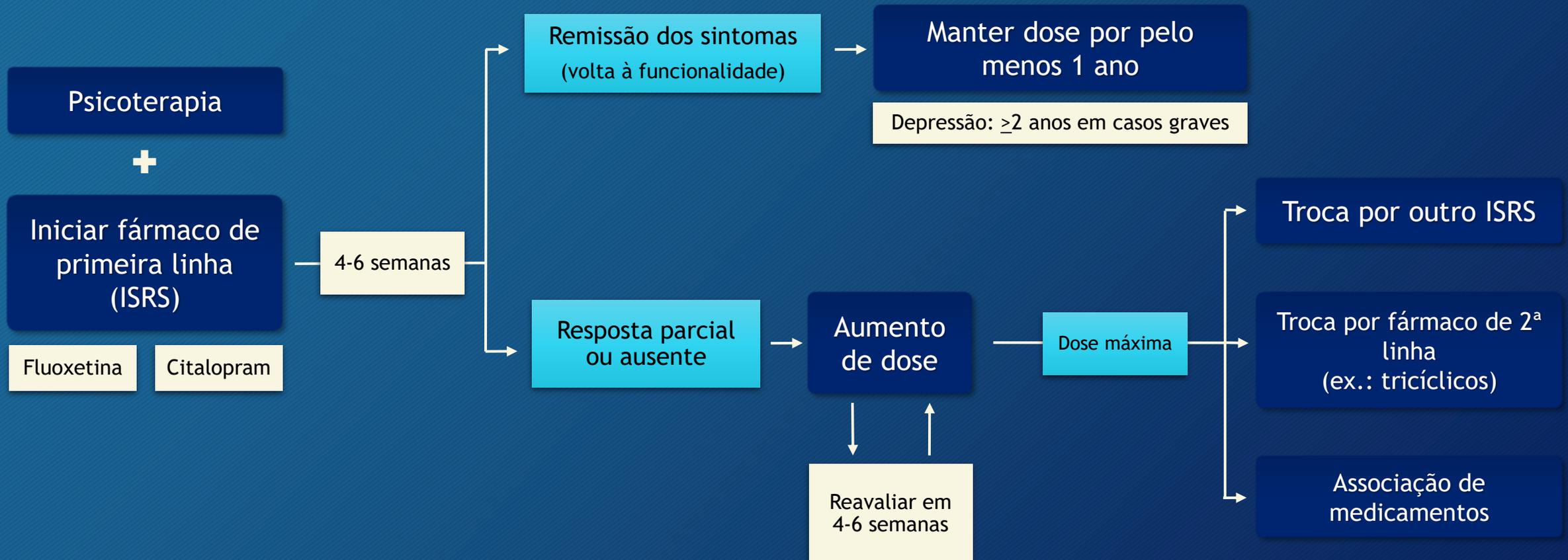
Clomipramina

- 100-250mg/dia

Nortriptilina

- 50-150mg/dia

Fluxograma: Tratamento de TAG e depressão





GUILHERME CONSTANT

PSIQUIATRA

CRM-AL 7657 | RQE: 5235

 99644-2490

 gmc.psiquiatra@gmail.com