

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA PSIQUIATRIA ADULTO

O protocolo de Psiquiatria será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade do encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Para otimizar os recursos da APS e o cuidado do paciente enquanto aguarda consulta com o serviço especializado, recomenda-se discutir os casos com equipe de apoio em saúde mental ou com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 08006446543.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

As seguintes condições clínicas devem ser encaminhadas à emergência psiquiátrica (válido para todos os pacientes independente do transtorno psiquiátrico):

- risco de suicídio; ou
- risco de auto ou heteroagressão (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco); ou
- risco de exposição moral (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco); ou
- sintomas psicóticos agudizados; ou
- síndrome de abstinência a substâncias psicoativas avaliada pelo clínico como moderada a grave.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Publicado em 12 de dezembro de 2016.

Organização:
Erno Harzheim
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:
Erno Harzheim
Eugênio Horácio Grevet
Felipe Bauer Pinto da Costa
Fernanda Lúcia Capitano Baeza
Giovanni Abraão Salum Júnior
Ligia Marroni Burigo
Mário Tregnago Barcellos
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Rafael Henriques Candiago

Colaboração:
Jaqueline da Rosa Monteiro

Revisão
Ana Célia da Silva Siqueira
Rosely de Andrade Vargas

Design:
Luiz Felipe Telles

Diagramação:
Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles

TelessaúdeRS-UFRGS 2016
Porto Alegre – RS.

Protocolo 1 – Transtornos depressivos

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- episódio depressivo refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas farmacológicas eficazes por pelo menos 8 semanas cada; ou
- episódio depressivo associado a sintomas psicóticos; ou
- episódio depressivo em paciente com episódios prévios graves (sintomas psicóticos, tentativa de suicídio ou hospitalização psiquiátrica); ou
- episódio depressivo associado a transtorno por uso de substâncias grave (ver quadro 1 no anexo); ou
- paciente com ideação suicida persistente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico [ver quadro 2 no anexo]);
2. presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado? (sim ou não). Se sim, descreva;
3. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? (sim ou não) Se sim, descreva;
4. apresenta prejuízo funcional associado à condição? (sim ou não). Se sim, descreva;
5. histórico psiquiátrico:
 - a. número de episódios depressivos e idade de início;
 - b. outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? (sim ou não) Se sim, descreva;
 - c. internações psiquiátricas anteriores? (sim ou não). Se sim, número de internações e ano da última internação.
6. tratamento em uso ou já realizado para a condição (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- caso refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (psicoterapia e/ou psicofármacos em dose terapêutica e por pelo menos 8 semanas); ou
- caso associado a transtorno por uso de substâncias grave (ver quadro 1 no anexo); ou
- paciente com ideação suicida persistente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico [ver quadro 3, 4 e 5 no anexo]);
2. hipótese diagnóstica (pânico, agorafobia, ansiedade social, ansiedade generalizada, TOC, fobia específica, TEPT ou outro transtorno de ansiedade);
3. presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado? (sim ou não). Se sim, descreva;
4. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? (sim ou não) Se sim, descreva;
5. apresenta prejuízo funcional associado à condição (sim ou não). Se sim, descreva;
6. histórico psiquiátrico:
 - a. outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? (sim ou não) Se sim, descreva;
 - b. internações psiquiátricas anteriores? (sim ou não). Se sim, número de internações e ano da última internação;
7. tratamento em uso ou já realizado para a condição (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Transtorno bipolar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- presença de sintomas sugestivos de episódio maníaco ou hipomaníaco atual (com tratamento iniciado na APS); ou
- transtorno bipolar que já vem em tratamento e apresenta recidivas frequentes ou sintomas mal controlados; ou
- transtorno bipolar em mulheres grávidas; ou
- transtorno bipolar associado a transtorno por uso de substâncias grave (ver quadro 1 no anexo); ou
- paciente com ideação suicida persistente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico [ver quadro 6 no anexo]);
2. se mulher em idade fértil, está gestante? (sim ou não)
3. presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
4. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
5. apresenta prejuízo funcional associado à condição (sim ou não). Se sim, descreva;
6. histórico psiquiátrico:
 - a. número de episódios depressivos, maníacos e hipomaníacos e idade de início;
 - b. outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (sim ou não)? Se sim, descreva;
 - c. internações psiquiátricas anteriores? (sim ou não). Se sim, número de internações e ano da última internação.
7. tratamento em uso ou já realizado para a condição (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);
8. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Psicoses (esquizofrenia e outros transtornos psicóticos)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- diagnóstico inicial ou suspeita diagnóstica inicial de transtorno psicótico (ver quadro 5 em anexo); ou
- transtorno psicótico que já vem em tratamento e apresenta recidivas frequentes e/ou sintomas psicóticos persistentes; ou
- esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos em gestantes; ou
- caso associado a transtorno por uso de substâncias grave (ver quadro 1 no anexo); ou
- paciente com ideação suicida persistente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico (ver quadro 7 no anexo);
2. se mulher em idade fértil, está gestante? (sim ou não);
3. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
4. apresenta prejuízo funcional associado à condição (sim ou não). Se sim, descreva;
5. histórico psiquiátrico:
 - a. episódios psicóticos prévios ?(sim ou não). Se sim, descreva sintomas e idade de início;
 - b. outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (especialmente episódios prévios de transtorno de humor) ? (sim ou não) Se sim, descreva;
 - c. internações psiquiátricas anteriores? (sim ou não). Se sim, número de internações e ano da última internação;
6. tratamento em uso ou já realizado para a condição (psicoterápico – tipo e duração – ou farmacológico – dose e posologia);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 – Transtornos por uso de substâncias

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- transtorno por uso de substância moderado a grave (ver quadro 1 no anexo), com desejo de realizar tratamento e após esgotados os recursos disponíveis na atenção primária; ou
- transtorno identificado em mulher na gravidez e/ou lactação; ou
- paciente com ideação suicida persistente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (descrever substâncias, quantidade e tempo de uso, outras características que sugerem transtorno por uso de substâncias [ver quadro 1 no anexo]);
2. se mulher em idade fértil, está gestante ou lactante? (sim ou não);
3. presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
4. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
5. apresenta prejuízo funcional associado à condição (sim ou não). Se sim, descreva;
6. histórico psiquiátrico:
 - a. histórico de uso de outras substâncias ? (sim ou não) Se sim, descreva;
 - b. outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (especialmente episódios prévios de transtorno de humor) ? (sim ou não) Se sim, descreva;
 - c. internações psiquiátricas anteriores? (sim ou não). Se sim, número de internações e ano da última internação;
7. tratamento em uso ou já realizado para a condição (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade presentes por mais de 6 meses; ou
- paciente com TDAH que já vem em tratamento e apresenta sintomas persistentes; ou
- TDAH associado a transtorno por uso de substâncias grave (ver quadro 1 no anexo); ou
- paciente com ideação suicida persistente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (idade de início, evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico [ver quadro 8 no anexo]);
2. os sintomas são percebidos em mais de um ambiente (por exemplo, em casa e no trabalho)? (sim ou não). Se sim, descreva em quais ambientes;
3. apresenta prejuízo funcional associado à condição (sim ou não). Se sim, descreva;
4. histórico psiquiátrico:
 - a. outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? (sim ou não) Se sim, descreva;
 - b. internações psiquiátricas anteriores? (sim ou não). Se sim, número de internações e ano da última internação.
5. tratamento em uso ou já realizado para a condição (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 7 – Disforia de gênero

Entende-se por identidade de gênero a identificação psíquica individual como homem ou mulher, não necessariamente relacionada com a expressão fenotípica. Disforia de gênero é o desconforto, ou angústia, ocasionado pela discrepância entre a identidade de gênero e o sexo designado no nascimento

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria-transsexuais (critérios considerando encaminhamento para hormonioterapia/cirurgia – adultos):

- suspeita diagnóstica de disforia de gênero; e
- capacidade de decisão preservada.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria geral adulto:

- suspeita diagnóstica de disforia de gênero em pacientes que não desejam tratamento hormonal e/ou cirúrgico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (características que sugerem diagnóstico [ver quadro 7 no anexo]);
2. paciente tem interesse em tratamento para modificação corporal? Se sim, relate se paciente deseja procedimento cirúrgico ou somente terapia hormonal;
3. presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
4. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
5. apresenta prejuízo funcional associado à condição (sim ou não). Se sim, descreva;
6. histórico psiquiátrico:
 - a. outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (sim ou não)? Se sim, descreva;
 - b. internações psiquiátricas anteriores? (sim ou não). Se sim, número de internações e ano da última internação;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed.. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDERSON, I. M. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 22, n. 4, p. 343-396, 2008.

BALDWIN, D. S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 28, n. 5, p. 403-439, 2014.

BARNES, T. R. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 25, n. 5, p. 567-620, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, n. 159, Seção 1, p. 43, 19 ago. 2008.

_____. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Define as diretrizes nacionais para o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, n. 160, Seção 1, p. 68,20, ago. 2008.

BOLEA-ALAMAÑAC, B. et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 28, n. 3, p. 179-203, 2014.

CANADIAN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER RESOURCE ALLIANCE (CADDRA). **Canadian ADHD Practice Guidelines**. 3th ed. Toronto: CADDRA, 2011. Disponível em: <<http://www.caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2016.

COMBS, H.; MARKMAN, J. Anxiety disorders in primary care. **Medical Clinics of North America**, Philadelphia, PA, v. 98, n. 5, p. 1007-1023, 2014.

DEPARTMENT OF HEALTH. Guidance for GPs, other clinicians and health professionals on the care of gender variant people. London: DH, 2008. Disponível em: <<http://www.gires.org.uk/assets/DOH-Assets/pdf/doh-guidelines-for-clinicians.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2016.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GOODWIN, G. M. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition-- recommendations from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 23, n. 4, p. 346-88, 2009.

KIELING, R.; ROHDE, L. A. ADHD in children and adults: diagnosis and prognosis. **Current Topics in Behavioral Neurosciences**, Heidelberg, v. 9. p. 1-16, 2012.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK). **Bipolar disorder**: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. Leicester: British Psychological Society, 2006. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015261/>>. Acesso em: 7 jun. 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Alcohol-use disorders**: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Leicester (UK): British Psychological Society, 2011. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0042164/>>. Acesso em: 7 jun. 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Depression in adults**: the treatment and management of depression in adults. NICE Clinical Guideline 90. London: NICE, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Depression**: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London: NICE, 2004.

NHS FORTH VALLEY. **Integrated care pathway for schizophrenia**. Falkirk: NHS, 2011.

PRICE, A. L.; MARZANI-NISSEN, G. R. Bipolar disorders: a review. **American Family Physician**, Kansas City, MO, v. 85, n. 5, p. 483-493, 2012. Disponível em:
<<http://www.aafp.org/afp/2012/0301/p483.html>>. Acesso em: 7 jun. 2016.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. **Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria**. London: Royal College of Psychiatrists, 2012.

SHAPIRO, B.; COFFA, D.; McCANCE-KATZ, E. F. A primary care approach to substance misuse. **American Family Physician**, Kansas City, MO, v. 88, n. 2, p. 113-121, 2013. Disponível em:
<<http://www.aafp.org/afp/2013/0715/p113.html>>. Acesso em: 7 jun. 2016.

STROBBE, S. **Prevention and screening, brief intervention, and referral to treatment for substance use in primary care**. Primary Care Clinics in Office Practice, Philadelphia, PA, v. 41, p. 185-213, 2014.

WORK GROUP ON SUBSTANCE USE DISORDERS. **Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders**. 2nd. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2006.

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **WPA Educational Programme on Depressive Disorders**: fundamentals. Geneva: WPA, 2008.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH. **Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people**. [s. l.]: WPATH, 2012.

YATHAM, L. N. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. **Bipolar Disorders**, Copenhagen, v. 15, n. 1, p. 1-44, 2013.

Anexos – Quadros auxiliares

Os quadros auxiliares não representam os critérios diagnósticos para os transtornos, mas expressam manifestações que sugerem a possibilidade do diagnóstico.

QUADRO 1 – Transtorno por uso de substância
Classificado como leve, moderado ou grave conforme a quantidade de sintomas presentes: <ul style="list-style-type: none"> • consumo da substância em quantidades maiores ou por período mais longos do que o pretendido, • desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância, • muito tempo é gasto em atividades necessárias para obtenção da substância, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos, • fissura ou forte desejo ou necessidade de usar a substância, • uso recorrente da substância que resulta no fracasso em desempenhar papeis importantes no trabalho, na escola ou em casa, • uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos, • importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância, • uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física, • uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância, • desenvolvimento de tolerância à substância (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir o efeito desejado e/ou efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade da substância), • abstinência à substância (presença de síndrome de abstinência à substância e/ou consumo da substância para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência).
Leve – dois ou três sintomas
Moderado – quatro ou cinco sintomas
Grave – seis ou mais sintomas

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014)

QUADRO 2 – Sinais e sintomas presentes nos episódios depressivos
humor deprimido, tristeza
perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades
perda ou ganho significativo de peso sem dieta ou redução ou aumento no apetite
insônia ou hipersonia
agitação ou retardo psicomotor
fadiga ou perda de energia
sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva
capacidade diminuída de concentração ou indecisão
pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente, plano suicida ou tentativa de suicídio
observação: sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 3 – Sinais e sintomas presentes nos transtornos de ansiedade
ANSIEDADE SOCIAL (FOBIA SOCIAL)
Ansiedade recorrente, persistente, intensa e desproporcional em situações de exposição a possível avaliação por outros (p. ex., interações sociais, ser observado ou situações de desempenho)
Temor de agir de forma a demonstrar sinais de ansiedade que serão avaliados de forma negativa
Situações sociais são ou evitadas ou suportadas mediante intenso medo ou ansiedade
TRANSTORNO DE PÂNICO
Surto abrupto de medo ou desconforto intenso
Presença de quatro ou mais dos seguintes sintomas durante o ataque: palpitações, sudorese, tremores, falta de ar, asfixia, dor no peito, náusea ou dor abdominal, tontura ou vertigem ou desmaio, calafrios ou ondas de calor, parestesias, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou de enlouquecer, medo de morrer
Pelo menos um dos ataques é seguido de pelo menos um mês de preocupação persistente sobre um novo ataque ou sobre as consequências do ataque ou é seguido de mudança significativa no comportamento relacionada aos ataques (especialmente evitações)
AGORAFOBIA
Medo ou ansiedade recorrente e desproporcional sobre duas ou mais das seguintes situações: uso de transporte público, permanecer em espaços abertos, permanecer em locais fechados, permanecer em fila ou em meio a multidão ou sair de casa sozinho
O medo é justificado pela ideia de que, se necessário, pode ser difícil escapar ou receber auxílio nessas situações
As situações que provocam medo são evitadas, enfrentadas com a companhia de alguém ou suportadas mediante intensa ansiedade
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA
Ansiedade e preocupação em excesso e de difícil controle que ocorre na maioria dos dias por seis ou mais meses e em diferentes atividades ou eventos
Presença de três ou mais dos seguintes sintomas associados à ansiedade/preocupação: inquietação, cansaço fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular ou alteração do sono

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 4 – Sinais e sintomas presentes no transtorno obsessivo-compulsivo
Obsessões: pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos, incontroláveis e angustiantes que o indivíduo tenta suprimir com algum outro pensamento ou ação
Compulsões: comportamentos repetitivos (por exemplo: rituais de checar, contar, limpar ou organizar) ou atos mentais (p. ex., rezar, contar números ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente forçado a realizar para prevenir ou minimizar ansiedade ou sofrimento ou evitar alguma situação temida, mesmo sem haver conexão real entre os comportamentos/atos e aquilo que eles buscam evitar

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 5 – Sinais e sintomas presentes no transtorno de estresse pós-traumático
Exposição a trauma (vivência pessoal, testemunho ou conhecimento de episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual)
Sonhos, <i>flashbacks</i> , lembranças angustiantes, invasivas e involuntárias, relacionadas ao trauma
Esforços para evitar qualquer coisa (como pessoas, lugares, atividades ou lembranças) que desperte recordações, pensamentos ou sentimentos relacionados ao trauma
Irritabilidade, agressividade, autodestrutividade, hipervigilância, sobressaltos, dificuldade de concentração, perturbação do sono
Alterações negativas na cognição e no humor, como incapacidade de lembrar o evento traumático, expectativas negativas a respeito de si e do mundo, estado emocional negativo (sentimentos de medo, raiva e culpa), isolamento social e anedonia
Os sintomas têm duração de pelo menos um mês

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 6 – Sinais e sintomas presentes nos episódios maníacos e hipomaniacos (transtorno bipolar)
humor irritável, expansivo, persistentemente elevado
aumento anormal e persistente da energia
autoestima inflada/grandiosidade
diminuição da necessidade do sono
taquialia/pressão de fala
pensamento acelerado/fuga de ideias
distratibilidade (atenção facilmente desviada por estímulos irrelevantes)
aumento de atividades dirigidas a um objetivo ou agitação psicomotora
envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (por exemplo: surto de compras, indiscrições sexuais)
Observação: os sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos quatro dias (episódio hipomaniaco) ou pelo menos uma semana (episódio maníaco)

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 7 – Sinais e sintomas presentes nas psicoses
alucinações (especialmente auditivas, mas também olfativas, visuais ou táteis)
ideias delirantes: persecutórias, de grandeza, místicas e/ou somáticas
alterações da forma e do curso do pensamento (desagregação, perda de lógica, perda de associações, desorganização conceitual)
comportamento desorganizado, conduta bizarra
agitação psicomotora
déficit de cuidados pessoais
pobreza no conteúdo da fala
afeto hipomodulado ou embotado, ausência de prazer/emoções
diminuição da iniciativa, avolia
isolacionismo
deterioração funcional (a pessoa não consegue mais desempenhar tarefas como previamente)
início dos sintomas no final da adolescência/início da fase adulta; pródromos na infância/adolescência

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 8 – Sinais e sintomas que aumentam suspeição de transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade no adulto
falta de atenção a detalhes ou erros por descuido
dificuldade de manter a atenção
não executar tarefas ou deveres ou executar de forma incompleta
mau gerenciamento do tempo e dificuldade em cumprir prazos
afastamento de tarefas que envolvem esforço mental prolongado
perda frequente de objetos necessários para suas atividades (por exemplo: livros, chaves, documentos, óculos)
distração fácil por estímulos externos ou pensamentos não relacionados
esquecimentos em relação a atividades cotidianas (por exemplo: pagar contas, cumprir compromissos agendados)
dificuldade em se manter parado e quieto
sensação de inquietude
fala em demasia
incapacidade de se envolver em atividades de lazer calmamente
comportamento como se estivesse “com o motor ligado”
dificuldade em esperar a conclusão de uma pergunta antes de fornecer uma resposta
dificuldade em esperar a sua vez (por exemplo: aguardar em uma fila)
interrupção ou intromissão frequente (por exemplo: meter-se em conversas, assumir controle sobre atividades de outros)
Observação (1): em adultos, sintomas de desatenção são em geral mais presentes do que de hiperatividade
Observação (2): sintomas devem ocorrer em mais de um ambiente (casa e trabalho, por exemplo)
Observação (3): início dos sintomas deve ter sido antes dos 12 anos de idade

Fonte: TELESSAÜDERS-UFRGS (2016)