

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



RegulaSUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Psiquiatria Adulto

Versão Digital

2021

<p><i>Supervisão geral:</i> Arita Bergmann</p> <p><i>Coordenação:</i> Roberto Nunes Umpierre Natan Katz</p> <p><i>Coordenação científica:</i> Marcelo Rodrigues Gonçalves</p> <p><i>Organização e Edição:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Elise Botteselle de Oliveira Luíza Emília Bezerra de Medeiros Rudi Roman</p> <p><i>Autores:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Dimitris Rucks Varvaki Rados Felipe Bauer Pinto da Costa Fernanda Lucia Capitanio Baeza Isadora Cristina Olesiak Cordenonsi Ligia Marroni Burigo Luíza Emília Bezerra de Medeiros Mário Tregnago Barcellos Marcelo Rodrigues Gonçalves Milena Rodrigues Agostinho Rech Natan Katz Renata Rosa de Carvalho Vinicius Vicari</p>	<p><i>Revisão técnica:</i> Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre Maurício Kunz Maria Paz Loyza Hidalgo Giovanni Abrahão Salum Eugênio Horácio Grevet Rafael Henriques Candiago</p> <p><i>Colaboração:</i> Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS</p> <p><i>Normalização:</i> Geise Ribeiro da Silva</p> <p><i>Projeto gráfico, design e capa:</i> Débora Renata de Moura Ramos Gyziane Souza da Silva Lorena Bendati Bello Michelle Iashmine Mauhs</p> <p><i>Diagramação:</i> Lorena Bendati Bello Michelle Iashmine Mauhs</p>
---	--

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial - Psiquiatria Adulto**: versão digital 2021. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 29 dez. 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2021.
Porto Alegre – RS.

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: PSIQUIATRIA ADULTO.....	3
Mudanças da nova versão	4
Protocolo 1 – Transtornos Depressivos	5
Protocolo 2 – Transtornos de Ansiedade e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)	6
Protocolo 3 – Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e Exposição a Evento Traumático.....	7
Protocolo 4 – Transtorno Bipolar.....	8
Protocolo 5 – Psicoses (Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos).....	9
Protocolo 6 – Transtornos por Uso de Substâncias.....	10
Protocolo 7 – Incongruência de Gênero.....	11
Protocolo 8 – Transtornos Alimentares	12
Protocolo 9 – Transtornos não classificados nos protocolos anteriores	13
REFERÊNCIAS.....	14
APÊNDICES – QUADROS AUXILIARES	18

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Psiquiatria Adulto

O protocolo de Psiquiatria Adulto será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014, como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Psiquiatria Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Pacientes com condições de saúde mental e tentativa de suicídio recente ou história de internação psiquiátrica com alta nos últimos 3 meses, anorexia nervosa e IMC < 15 kg/m², sintomas psicóticos atuais ou gestantes que tenham indicação de encaminhamento devem ter preferência no encaminhamento para serviço especializado de Saúde Mental, quando comparados com outras condições clínicas.

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 0800 644 6543.

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

- risco agudo de suicídio;
- risco agudo de auto ou heteroagressão (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco);
- risco agudo de exposição moral (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco);
- sintomas psicóticos agudizados.

Existem outras condições que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência que podem não ter sido contempladas nestes protocolos. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 12 de dezembro de 2016.

Última revisão em 29 de dezembro de 2021.

Mudanças da nova versão

- Inclusão de dois novos protocolos:
 - Protocolo 8 – Transtornos Alimentares.
 - Protocolo 9 – Transtornos não classificados em outra parte.
- Divisão do protocolo de transtornos ansiosos em dois:
 - Protocolo 2 – Transtornos de Ansiedade;
 - Protocolo 3 – Transtorno de Estresse Pós-traumático e Exposição a Evento Traumático.
- No Protocolo 1 – Transtornos Depressivos:
 - alterações das indicações de encaminhamento e atualização do conteúdo descritivo mínimo;
 - atualização do quadro 1 (sinais e sintomas sugestivos de episódios depressivos) e acréscimo do quadro 2 (estratégias terapêuticas efetivas para episódios depressivos).
- No Protocolo 4 – Transtorno Bipolar:
 - alterações das indicações de encaminhamento e atualização do conteúdo descritivo mínimo.
- No Protocolo 5 – Psicoses (Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos):
 - alterações das indicações de encaminhamento e atualização do conteúdo descritivo mínimo;
 - atualização do quadro 9 (sinais e sintomas que sugerem transtornos psicóticos).
- No Protocolo 6 – Transtornos por Uso de Substâncias:
 - descrição das condições que indicam necessidade de encaminhamento para urgência/emergência;
 - alterações das indicações de encaminhamento e atualização do conteúdo descritivo mínimo;
 - acréscimo do quadro 11 (condições que indicam desintoxicação em serviço especializado).
- No Protocolo 7 – Incongruência de Gênero:
 - atualização do título do protocolo;
 - alterações das indicações de encaminhamento e atualização do conteúdo descritivo mínimo;
 - acréscimo do quadro 12 (definições quanto à expressão e identidade de gênero) e do quadro 13 (critérios diagnósticos para incongruência de gênero em adolescentes e adultos).

Protocolo 1 – Transtornos Depressivos

As manifestações que sugerem a possibilidade de transtorno depressivo estão descritas no [quadro 1](#). Os quadros auxiliares não representam critérios diagnósticos, mas permitem ao médico assistente avaliar o quadro psiquiátrico atual e determinar quando encaminhar.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

- episódio depressivo refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas efetivas por pelo menos 8 semanas cada ([quadro 2](#));
- episódio depressivo associado a sintomas psicóticos;
- episódio depressivo em paciente com episódios prévios graves (sintomas psicóticos, tentativa de suicídio ou hospitalização psiquiátrica);
- episódio depressivo e ideação suicida persistente após manejo inicial na APS (ausência de melhora 12 semanas após início do manejo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico - [quadro 1](#));
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, especificando o método e a(s) data(s);
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 data (mês e ano) da última internação;
 - c. presença de abuso de substâncias (sim ou não). Se sim, descreva;
5. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico - tipo e duração; e farmacológico - posologia, tempo de uso, tolerabilidade e padrão de resposta);
6. presença de comorbidades clínicas e tratamentos realizados;
7. se mulher em idade fértil, está gestante ou lactante (sim ou não);
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Transtornos de Ansiedade e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

As manifestações que sugerem a possibilidade de transtorno de ansiedade e/ou TOC estão descritas no [quadro 3](#) e no [quadro 4](#). Os quadros auxiliares não representam critérios diagnósticos, mas permitem ao médico assistente avaliar o quadro psiquiátrico atual e determinar quando encaminhar.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

- transtorno de ansiedade refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (não farmacológicas e/ou farmacológicas) em dose terapêutica e por pelo menos 8 semanas cada ([quadro 5](#));
- transtorno de ansiedade e ideação suicida persistente após manejo inicial na APS (ausência de melhora 12 semanas após início do manejo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico - [quadro 3](#) e [quadro 4](#));
2. hipótese diagnóstica (pânico, ansiedade social, ansiedade generalizada, TOC);
3. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o método e a(s) data(s);
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 data (mês e ano) da última internação;
5. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico - tipo, duração e resposta terapêutica; e farmacológico - medicamento utilizado, posologia, tempo de uso, tolerabilidade e padrão de resposta);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e Exposição a Evento Traumático

As manifestações que sugerem a possibilidade de TEPT e exposição a evento traumático estão descritas no [quadro 6](#) e as estratégias terapêuticas efetivas estão especificadas no [quadro 7](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

- TEPT com episódio traumático recente (até 6 meses antes da data do encaminhamento) e:
 - ausência de resposta ou resposta parcial a uma estratégia terapêutica efetiva por pelo menos 4 semanas; ou
 - ideação suicida persistente.
- TEPT com episódio traumático há mais de 6 meses da data do encaminhamento e:
 - ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas por pelo menos 8 semanas cada; ou
 - ideação suicida persistente.
- exposição a situação de violência recente (até 6 meses da data do encaminhamento) com ou sem critérios para TEPT, se:
 - pessoa vítima de violência sexual; ou
 - ideação suicida persistente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico - [quadro 6](#));
2. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o método e a(s) data(s);
3. 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 data (mês e ano) da última internação.
4. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico - tipo, duração e resposta terapêutica; e farmacológico - medicamento utilizado, posologia, tempo de uso, tolerabilidade e padrão de resposta);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Transtorno Bipolar

Pacientes com diagnóstico de Transtorno Bipolar e que estejam estáveis ou assintomáticos não necessitam encaminhamento para a atenção especializada, devendo manter o acompanhamento na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

- quadros sugestivos de mania ou sintomas depressivos graves atuais associados a história de episódio maniaco/hipomaniaco;
- transtorno bipolar que já vem em tratamento otimizado e apresenta recidivas frequentes ou sintomas mal controlados;
- transtorno bipolar em mulheres grávidas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico - [quadro 8](#));
2. se mulher em idade fértil, está gestante (sim ou não). Se sim, descreva a idade gestacional;
3. presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, especifique os sintomas e a(s) data(s);
4. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o método e a(s) data(s);
5. 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 data (mês e ano) da última internação.
6. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico - tipo, duração e resposta terapêutica; e farmacológico - medicamento utilizado, posologia, tempo de uso, tolerabilidade e padrão de resposta) e exames laboratoriais de controle, conforme terapêutica vigente;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 – Psicoses (Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos)

Pacientes com diagnóstico definido de transtorno psicótico ou esquizofrenia que estejam estáveis ou assintomáticos não necessitam de encaminhamento para a atenção especializada, devendo manter acompanhamento na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

- diagnóstico inicial ou suspeita diagnóstica de transtorno psicótico ([quadro 9](#));
- transtorno psicótico que já vem em tratamento e apresenta recidivas frequentes e/ou sintomas psicóticos persistentes;
- esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos em gestantes.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico - [quadro 9](#));
2. se mulher em idade fértil, está gestante (sim ou não). Se sim, descreva a idade gestacional;
3. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o método e a(s) data(s);
4. 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 (sim ou não). Se sim, descreva;
 - c. internações psiquiátricas anteriores (sim ou não). Se sim, número de internações e data (mês e ano) da última internação.
5. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico - tipo, duração e resposta terapêutica; e farmacológico - medicamento utilizado, posologia, tempo de uso, tolerabilidade e padrão de resposta);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Transtornos por Uso de Substâncias

Condição que indica a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- síndrome de abstinência a substâncias psicoativas (exceto tabaco) classificada como moderada a grave.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

- transtorno por uso de álcool: pacientes com provável dependência ([quadro 10](#)) com motivação para tratamento especializado e:
 - esgotados os recursos terapêuticos na APS; ou
 - em risco para síndrome de abstinência complicada ([quadro 11](#)).
- transtorno por uso de substância moderado a grave (exceto tabaco) ([quadro 10](#)), com desejo de realizar tratamento e após esgotados os recursos disponíveis na atenção primária;
- transtorno por uso de substância (exceto tabaco) em mulher na gravidez e/ou lactação;
- transtorno por uso de substâncias (exceto tabaco) e ideação suicida persistente (12 semanas após início do manejo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (descrever a(s) substância(s), quantidade e tempo de uso, além de outros sinais e sintomas que sugerem transtorno por uso de substâncias - [quadro 10](#));
2. se mulher em idade fértil, está gestante ou lactante (sim ou não);
3. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o método e a(s) data(s);
4. histórico psiquiátrico:
 - a. histórico de uso de outras substâncias (sim ou não). Se sim, descreva;
 - b. outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (sim ou não). Se sim, descreva;
 - c. tratamentos em uso e/ou já realizados, incluindo medidas não farmacológicas e farmacológicas, descrevendo tempo de uso e resposta terapêutica;
 - d. internações psiquiátricas (sim ou não). Se sim, número de internações e data (mês e ano) da última internação.
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 7 – Incongruência de Gênero

Identidade de gênero é uma categoria de identidade social que se refere à identificação da pessoa como homem, mulher ou alguma categoria diferente de masculino ou feminino, não necessariamente relacionada com a expressão fenotípica. É uma experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos. Mais definições quanto à expressão e identidade de gênero no [quadro 12](#).

Disforia de gênero é o sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço ambulatorial especializado no atendimento de pessoas trans e travestis:

- identificação da pessoa como mulher trans, homem trans, travesti, ou com outra identidade de gênero não-binária e desejo de realizar procedimentos de modificação corporal hormonais¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço hospitalar especializado no atendimento de pessoas trans e travestis:

- identificação da pessoa como mulher trans, homem trans, travesti ou com outra identidade de gênero não-binária e desejo de realizar procedimentos de modificação corporal cirúrgicos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da condição atual ([quadro 13](#));
2. paciente tem interesse em tratamento para modificação corporal (sim ou não). Se sim, relate se paciente deseja procedimento cirúrgico ou somente hormonização;
3. histórico psiquiátrico:
 - a. 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.
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Pacientes que não desejam realizar procedimentos de modificação corporal cirúrgicos podem ser atendidos na APS, em serviços regionais estruturados para o atendimento desta população, quando disponíveis, ou na Endocrinologia. Se necessário, entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543 para auxílio com o manejo do caso, incluindo acompanhamento psicossocial, clínico e/ou hormonização para modificação corporal, enquanto aguarda atendimento em serviço especializado.

Protocolo 8 – Transtornos Alimentares

Condição que indica a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- índice de massa corpórea (IMC) < 15 kg/m².

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

- suspeita ou diagnóstico de **anorexia nervosa**:
 - índice de massa corporal (IMC) menor que 18,5 e pelo menos uma das seguintes características:
 - restrição do consumo calórico em relação à necessidade com a intenção deliberada de perder ou não ganhar peso; ou
 - comportamento persistente que interfira com ganho de peso (por exemplo: indução de vômitos ou prática extenuante de exercícios físicos); ou
 - medo intenso de ganhar peso ou de tornar-se obeso.
- suspeita ou diagnóstico de **bulimia**:
 - episódios de compulsão alimentar, nos quais é ingerida uma quantidade de comida claramente exagerada em um período curto de tempo; e
 - comportamento compensatório inadequado para evitar ganho de peso (purgação através de vômitos, uso de laxantes, diuréticos ou outros fármacos, jejum, exercício físico extenuante) pelo menos uma vez por semana por no mínimo três meses.
- suspeita ou diagnóstico de **compulsão alimentar**:
 - episódios de compulsão alimentar, nos quais é ingerida uma quantidade de comida claramente exagerada em um período curto de tempo, que ocorrem ao menos uma vez por semana durante pelo menos três meses; e
 - sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio; e
 - sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar; e
 - refratariedade a pelo menos uma estratégia terapêutica efetiva por pelo menos 8 semanas ([quadro 14](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas) com características que sugerem o transtorno (conforme condições clínicas descritas acima);
2. se mulher em idade fértil, está gestante (sim ou não). Se sim, descreva a idade gestacional;
3. IMC com data;
4. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva;
5. histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas (sim ou não). Se sim, descreva;
6. tratamentos em uso e/ou já realizados, incluindo medidas não farmacológicas e farmacológicas, descrevendo tempo de uso e resposta terapêutica;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 9 – Transtornos não classificados nos protocolos anteriores

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

- agressividade e/ou agitação psicomotora associada a caso suspeito ou confirmado de:
 - deficiência intelectual; ou
 - transtorno do espectro do autismo.
- transtornos do controle de impulsos:
 - jogo patológico; ou
 - tricotilomania.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (sinais e sintomas presentes, idade de início, evolução dos sintomas) com características que sugerem o transtorno;
2. tratamento em uso ou já realizado para a condição;
3. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o(s) método(s) e a(s) data(s);
4. histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas (sim ou não). Se sim, descreva;
5. prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
6. 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.

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. Doi 10.1177/0269881114525674.

BARNES, T. R *et al.* Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 34, n. 1, p. 3-78, Jan. 2020. Doi 10.1177/0269881119889296.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**: seção 1, Brasília, DF, n. 160, p. 68, 20 ago. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html. Acesso em: 8 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 226, p. 25, 21 nov. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 8 nov. 2021.

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, Mar. 2014. Doi 10.1177/0269881113519509.

CANADIAN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER RESOURCE ALLIANCE (CADDRA). **Canadian ADHD Practice Guidelines**. Toronto: CADDRA, 2020. Versão 4.1. Disponível em: <https://www.caddra.ca/download-guidelines/>. Acesso em: 8 nov. 2021.

CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. **Saúde LGBTQIA+**: práticas de cuidado transdisciplinar. São Paulo: Manole, 2021.

CLEARE, A. *et al.* Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 29, n. 5, p. 459-525, May 2015. Doi 10.1177/0269881115581093.

COMBS, H.; MARKMAN, J. Anxiety disorders in primary care. **Medical Clinics of North America**, Philadelphia, PA, v. 98, n. 5, p. 1007-1023, Sep. 2014. Doi 10.1016/j.mcna.2014.06.003.

CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (org.). **Psicofármacos**: consulta rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NATIONAL HEALTH SERVICE (United Kingdom). **Guidance for GPs, other clinicians and health professionals on the care of gender variant people**. London, Jan. 2008. Disponível em: <https://midessexccg.nhs.uk/medicines-optimisation/clinical-pathways-and-medication-guidelines/chapter-6-endocrine-system-2/1142-guidance-for-gps-and-hormone-treatment-for-gender-dysphoria-1/file>. Acesso em: 8 nov. 2021.

DUNCAN, B. B. *et al.* (org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DYNAMED. **Record No. T114738, Bipolar disorder**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 25 Aug. 2020. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114738>. Acesso em: 8 nov. 2021.

DYNAMED. **Record No. T114915, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114915>. Acesso em: 8 nov. 2021.

DYNAMED. **Record No. T1596208394045, Bipolar disorder in pregnancy**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 31 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T1596208394045>. Acesso em: 5 out. 2021.

FERREIRA, G. G. **Vidas lixadas**: crime e castigo nas narrativas de travestis e transexuais brasileiras. Salvador: Devires, 2018.

GAYNES, B. N. **Unipolar depression in adult primary care patients and general medical illness**: evidence for the efficacy of initial treatments. Waltham (MA): UpToDate, 8 June 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adult-primary-care-patients-and-general-medical-illness-evidence-for-the-efficacy-of-initial-treatments>. Acesso em: 8 nov. 2021.

GOODWIN, G. M. *et al.* Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition--recommendations from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 30, n. 6, p. 495-553, June 2016. Doi 10.1177/0269881116636545.

HARTWELL, K.; BRADY, K. **Determining appropriate levels of care for treatment of substance use disorders**. Waltham (MA): UpToDate, 22 Apr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/determining-appropriate-levels-of-care-for-treatment-of-substance-use-disorders>. Acesso em: 8 nov. 2021.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. 2. ed. Brasília, DF: EDA; FBN, 2012.

LOPES, B. C.; LANGARO, J. P.; SCHMITT, S. **Integralidade e equidade no cuidado à população transexual**: conceitos e orientações básicas. Porto Alegre: RedeUnida, 2020. (Série Educação Popular e Saúde).

MADSEN, T. *et al.* Trajectories of suicidal ideation during 12 weeks of escitalopram or nortriptyline antidepressant treatment among 811 patients with major depressive disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 80, n.4, 16 July 2019. Doi 10.4088/JCP.18m12575.

MARDER, S. **Psychosis in adults**: initial management. Waltham (MA): UpToDate, 3 Ago. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/psychosis-in-adults-initial-management>. Acesso em: 8 nov. 2021.

MARI, J. J.; KIELING, C. **Psiquiatria na prática clínica**. Barueri: Manole, 2013.

MARZANI, G.; NEEF, A. P. Bipolar disorders: evaluation and treatment. **American Family Physician**, Kansas City, MO, v. 103, n. 4, p. 227-239, 15 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2021/0215/p227.html>. Acesso em: 8 nov. 2021.

METZLER, D.H.; MAHONEY, D.; FREEDY, J. R. Anxiety disorders in primary care. **Primary Care**, Philadelphia, v. 43, n. 2, p. 245-261, June 2016. Doi 10.1016/j.pop.2016.02.002.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE - United Kingdom). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. **NICE Clinical Guideline 115**. London: National Institute for Health Clinical Excellence, 23 Feb. 2011. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>. Acesso em: 8 nov. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE - United Kingdom). Bipolar disorder: assessment and management. **NICE Clinical Guideline 185**. London: National Institute for Health Clinical Excellence, 11 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>. Acesso em: 8 nov. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE - United Kingdom). Depression in adults: recognition and management. **NICE Clinical Guideline 90**. London: National Institute for Health Clinical Excellence, 28 Oct. 2009. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>. Acesso em: 8 nov. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE - United Kingdom). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. **NICE Clinical Guideline 178**. London: National Institute for Health Clinical Excellence, 1 Mar. 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>. Acesso em: 8 nov. 2021.

RAMANUJ, P.; FERENCHICK, E. K.; PINCUS, H. A. Depression in primary care: part 2-management. **British Medical Journal**, London, v. 365, 8 Apr. 2019. Doi 10.1136/bmj.l835.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2020-2023**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2021.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. **Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria**. London: Royal College of Psychiatrists, Out. 2013. Disponível em: <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/cr181-good-practice-guidelines-for-the-assessment-and-treatment-of-adults-with-gender-dysphoria.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2021.

RUSH, A. J. **Unipolar major depression in adults: choosing initial treatment**. Waltham (MA): UpToDate, 18 Nov. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment>. Acesso em: 8 nov. 2021.

SAFER, J. D.; TANGPRICHA, V. Care of transgender persons. **New England Journal of Medicine**, Boston (MA), v.381, n. 25, p. 2451-2460, 19 Dec. 2019. Doi 10.1056/NEJMcp1903650.

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, 15 July 2013. PMID: 23939642.

STEIN, M. B. **Approach to treating posttraumatic stress disorder in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 16 Sep. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-posttraumatic-stress-disorder-in-adults>. Acesso em: 8 nov. 2021.

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, n. 2, p. 185-213, June 2014. Doi 10.1016/j.pop.2014.02.002.

SYSKO, R.; DEVLIN, M. **Binge eating disorder in adults: overview of treatment**. Waltham (MA): UpToDate, 7 June 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/binge-eating-disorder-in-adults-overview-of-treatment>. Acesso em: 8 nov. 2021.

TAYLOR, D. M.; BARNES, T. R. E.; YOUNG, A. H. **The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry**. 13. ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2018.

WHITLOCK, B. L. *et al.* Primary care in transgender persons. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, New York, v. 48, n. 2, p. 377-390, June 2019. Doi 10.1016/j.ecl.2019.02.004.

WORK GROUP ON SUBSTANCE USE DISORDERS. **Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders**. 2. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2010. Disponível em: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf. Acesso em: 8 nov. 2021.

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **WPA Educational Programme on Depressive Disorders**: fundamentals. Geneva: WPA, 2008. Disponível em: https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_918d588a901a4b36ab9231c42ed9574f.pdf. Acesso em: 8 nov. 2021.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH. **Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people**. [s. l.]: WPATH, 2012. Disponível em: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English2012.pdf?t=1613669341. Acesso em: 8 nov. 2021.

YATHAM, L. *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, Copenhagen, v. 20, n. 2, p. 97-170, Mar. 2018, Doi 10.1111/bdi.12609.

Apêndices – quadros auxiliares

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

Quadro 1 – Sinais e sintomas sugestivos de episódios depressivos.

Os sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas:
● humor deprimido, tristeza
● perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades
● insônia
● retardo psicomotor
● fadiga ou perda de energia
● sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva
● pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente, plano suicida ou tentativa de suicídio

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

Quadro 2 – Estratégias terapêuticas efetivas para episódios depressivos.

Estratégias não farmacológicas (individuais ou em grupo)			
Estão indicadas nas depressões leves a moderadas ou em associação com fármacos nos quadros moderados a graves e podem ser aplicáveis se disponíveis na APS: aconselhamento psicológico, terapia cognitivo comportamental, terapia interpessoal, ativação comportamental, psicoterapia breve.			
Estratégias Farmacológicas¹			
Fármaco (classe)	Dose inicial (mg)	Dose mínima efetiva (mg)	Doses usuais (mg)
Amitriptilina (ADT)	25	75	100 - 300
Bupropiona (ANDE)	75	150	150 - 300
Citalopram ² (ISRS)	20	20	20 - 40
Escitalopram (ISRS)	10	10	10 - 20
Fluoxetina ² (ISRS)	20	20	20 - 80
Paroxetina ² (ISRS)	10 - 12,5	20	20 - 40
Sertralina ² (ISRS)	25 - 50	50	50 - 200
Trazodona (ADA)	50	150	150 - 300
Venlafaxina (IRSN)	37,5	75	75 - 375
¹ Principais fármacos recomendados a partir de dados de efetividade, tolerabilidade, custo e disponibilidade na APS;			
² Inibidores seletivos da recaptação da serotonina são a primeira linha de tratamento devido à eficácia e boa tolerabilidade.			
Estratégias terapêuticas efetivas:			
1 ^a) monoterapia em dose efetiva média (no mínimo) por 8 semanas.			
2 ^a) <u>Se resposta parcial</u> : associação do primeiro fármaco com outro fármaco (preferentemente de outra classe); ex: fluoxetina 80 mg + amitriptilina 100 mg; ou			
<u>Se não resposta com o primeiro fármaco</u> : trocar por outro fármaco até a dose máxima por 8 semanas.			

ADT: antidepressivo tricíclico; ANDE: antidepressivo noradrenérgico e dopaminérgico específico; ISRS: inibidores seletivos da recaptação da serotonina; ADA: antidepressivo atípico; IRSN: inibidor da recaptação da noradrenalina e serotonina.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Cordioli, Gallois e Isolan (2015), Ramanuj, Ferenchick e Pincus (2019), Gaynes (2021) e Rush (2020).

Quadro 3 – Sinais e sintomas comuns nos transtornos de ansiedade.

Medo	Resposta emocional a ameaça iminente (real ou percebida como ameaça).
Ansiedade	Antecipação de ameaça futura. Mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva.
Ataque de pânico	<p>Início súbito de intensa apreensão, medo, horror ou desconforto intenso acompanhado de sintomas somáticos e cognitivos específicos que atingem o pico máximo em até 10 minutos. Durante o ataque, ocorre pelo menos quatro dos seguintes sintomas somáticos ou cognitivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● palpitações, coração acelerado, taquicardia; ● sudorese; ● tremores ou abalos; ● sensações de falta de ar ou sufocamento; ● sensações de asfixia; ● dor ou desconforto torácico; ● náusea ou desconforto abdominal; ● sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; ● calafrios ou ondas de calor; ● parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); ● desrealização (sensações de irreabilidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo); ● medo de perder o controle ou “enlouquecer”; ● medo de morrer.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de American Psychiatric Association (2014) e Mari e Kieling (2013).

Quadro 4 – Características diagnósticas centrais sugestivas dos principais transtornos de ansiedade.

Com base nos pontos centrais de cada transtorno, essas características servem como elemento norteador para a avaliação diagnóstica para pacientes com ansiedade pelo menos leve.		
	Características	Diagnóstico provável
História de crises ou ataques de ansiedade – ansiedade, medo e/ou desconforto repentino.	Específicos para uma situação, pessoa ou objeto.	Fobia específica
	Associados a medo ou constrangimento em situações sociais.	Fobia social
	Súbitos, sem motivo aparente e associados a medo de novos episódios.	Transtorno de pânico
Preocupação ou ansiedade excessivas com tudo, “nervos à flor da pele”, sensação de estar “no limite”.		Transtorno de ansiedade generalizada
Ansiedade em relação a situações nas quais pode ser difícil escapar ou receber auxílio se necessário.		Agorafobia
Rituais de checar, contar, limpar ou organizar. Pensamentos intrusivos angustiantes e recorrentes.		Transtorno obsessivo-compulsivo

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

Quadro 5 – Estratégias terapêuticas efetivas dos transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo recomendadas na APS*.

<p>1ª linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - não farmacológica: terapia cognitivo-comportamental (TCC) individual ou em grupo, se disponível; - farmacológicas¹: inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), como fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, venlafaxina.
<p>2ª linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - clomipramina: doses iniciais de 25 mg; doses médias de 100 a 250 mg; dose máxima de 250 mg.
<p>Estratégias terapêuticas efetivas:</p> <p>1ª) monoterapia em dose efetiva média (no mínimo) por 8 semanas.</p> <p>2ª) <u>se resposta parcial</u>: associação de duas intervenções (ex: ISRS + TCC; ISRS + clomipramina); <u>se não houver resposta com o primeiro fármaco</u>: trocar por outro fármaco de primeira linha ou clomipramina por 8 semanas.</p>

*Estratégias recomendadas a partir de dados de efetividade, tolerabilidade, custo e disponibilidade na APS.

¹Doses iniciais, mínimas efetivas e médias similares às recomendadas para transtornos depressivos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

Quadro 6 – Sinais e sintomas presentes no transtorno de estresse pós-traumático.

Exposição a trauma (vivência pessoal, testemunho direto de evento, conhecimento de episódio concreto a conhecido próximo ou familiar, 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 (2021), adaptado de American Psychiatric Association (2014).

Quadro 7 – Estratégias terapêuticas efetivas para o tratamento do transtorno de estresse pós-traumático*.

<p>Tratamentos de escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - não farmacológico (preferencialmente, se disponível): <ul style="list-style-type: none"> ● psicoterapia focada no trauma/exposição; ou ● terapia cognitivo-comportamental; - farmacológico¹ (se psicoterapia indisponível ou preferência do paciente): fluoxetina, paroxetina, sertralina, venlafaxina.
<p>Alternativas terapêuticas, se falha de tratamentos de escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fluvoxamina, mirtazapina, escitalopram, citalopram, antidepressivos tricíclicos.

*Estratégias recomendadas a partir de dados de efetividade, tolerabilidade, custo e disponibilidade na APS.

¹Doses iniciais, mínimas efetivas e médias similares às recomendadas para transtornos depressivos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Stein (2020) e Dynamed (2018).

Quadro 8 – Sinais e sintomas presentes nos episódios maníacos e hipomaníacos (transtorno bipolar).

Os sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos quatro dias (episódio hipomaníaco) ou pelo menos uma semana (episódio maníaco):

- humor irritável, expansivo, persistentemente elevado;
- aumento anormal e persistente da energia;
- autoestima inflada/grandiosidade;
- diminuição da necessidade do sono;
- taquilalia/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).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

Quadro 9 – Sinais e sintomas que sugerem transtornos psicóticos.

Delírios ou ideias delirantes: o indivíduo expõe crenças ou ideias que não são compatíveis com a realidade, mesmo quando mostradas evidências do contrário. Alguns exemplos: acreditar que a sua comida está sendo sistematicamente envenenada; que é alguém muito importante ou próximo de alguém muito famoso; que tem poderes especiais.

Alterações na forma do pensamento (perceptíveis pela fala do indivíduo): perda do encadeamento lógico das ideias, discurso desorganizado.

Alucinações: auditivas (ouvir vozes ou outros sons que não existem), visuais (enxergar vultos ou pessoas que não estão presentes) ou sensoriais (sensações táteis, cinestésicas ou guturais, por exemplo).

Comportamento desorganizado: comportamento não dirigido a um objetivo claro e/ou compreensível. Ex: andar pela rua sem rumo; fazer gestos ou atos sem propósito; vestimenta e aparência bizarras.

Sintomas negativos: empobrecimento da fala e da linguagem, diminuição ou ausência de iniciativa, lentificação psicomotora.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Dalgalarondo (2018), Mari e Kieling (2013) e American Psychiatric Association (2014).

Quadro 10 – Transtorno por uso de substâncias.

Classificado como leve, moderado ou grave conforme a quantidade de sintomas presentes:

- 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, forte desejo ou necessidade de usar a substância;
- uso recorrente da substância que resulta no fracasso em desempenhar papéis 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: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de American Psychiatric Association (2014).

Quadro 11 – Condições que indicam desintoxicação em serviço especializado.

- sintomas psicóticos;
- condição médica instável (ex: sinais/sintomas de hepatopatia aguda);
- gestação;
- dependência a outra substância que possa causar sintomas de abstinência (exceto tabaco);
- presença de febre, desorientação, sudorese profusa ou hipertensão arterial.

Pode-se considerar desintoxicação ambulatorial com supervisão da APS para pacientes com motivação para cessar o uso, cognição preservada, aceitação de medicamentos por via oral, bom vínculo com a unidade de saúde e condições de comparecer diariamente ao serviço de saúde, se necessário.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Hartwell e Brady (2021).

Quadro 12 – Definições quanto à expressão e identidade de gênero.

Termo	Definição
Sexo	Categoria construída pela biologia, que desenvolveu essa noção para analisar a possibilidade dos corpos humanos combinarem material genético para reprodução.
Cisgênero	Indivíduo cuja identidade de gênero é a mesma do gênero designado no nascimento a partir de um dado biológico (que se chama “sexo”).
Transgênero ou transexual	Indivíduo cuja identidade de gênero é diferente do gênero designado no nascimento. Não há momento “normal” para a pessoa se entender trans (pode ocorrer na infância, adolescência, vida adulta ou velhice).
Mulher trans	Pessoa cujo gênero é feminino, apesar de ter sido designada “homem” ao nascer. Por isso, mulheres trans devem ser tratadas por nome e pronomes femininos.
Travesti	Pessoa cujo gênero é feminino (por isso, sendo tratada por nome e pronomes femininos. É uma identidade de gênero própria da América Latina, cujo surgimento remonta ao período pré-colombiano. Tem uma história social bastante específica no Brasil e muitas vezes está conectada, para o senso-comum, à violência e à pobreza.
Homem trans	Pessoa cujo gênero é masculino, apesar de ter sido designada “mulher” ao nascer. Por isso, homens trans devem ser tratados por nome e pronomes masculinos.
Pessoa não binária	Pessoas que não se identificam como sendo “homens” ou “mulheres”. Essas pessoas podem ou não se identificar como trans (entendendo que transicionaram de gênero) ou apenas como pessoa não binária. Buscam o reconhecimento social e jurídico de outras possibilidades para além do masculino e do feminino mas, eventualmente, podem aceitar o tratamento por pronomes de um desses gêneros. O correto é, em todos os casos, o tratamento “neutro” no uso das palavras. Pessoas não binárias podem buscar hormonização para adquirir características masculinas ou femininas, transmasculina ou transfeminina.
Crossdresser	Pessoas que usam vestimentas do gênero diferente daquele com o qual se identificam, por motivos diversos e na maioria das vezes em situações específicas. Não é uma identidade de gênero.
Drag queen	Homens que realizam performances artísticas a partir de uma representação feminina, sem que a performance denote o seu gênero, pois também não é uma questão de identidade de gênero. Existem outras variações dessa arte, que no Brasil também é tratada por transformismo.
Intersexo	Pessoas com corpos que apresentam outras combinações em relação a cromossomos, genitálias, gônadas e hormônios. Para a biologia, não seriam categorizáveis como “homem” ou “mulher” e suas vidas muitas vezes são marcadas por procedimentos cirúrgicos de “adequação” a um sexo de maneira precoce.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

Quadro 13 – Características que sugerem incongruência de gênero em adolescentes e adultos.

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seis seguintes itens:

1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).
2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.
4. Forte desejo de pertencer a outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado).
5. Forte desejo de ser tratado como outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado).
6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).

B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de American Psychiatric Association (2014).

Quadro 14 – Estratégias terapêuticas efetivas no Transtorno de compulsão alimentar recomendadas na APS*.

1ª linha:

- não farmacológica: terapia cognitivo-comportamental (individual ou em grupo, se disponível), terapia interpessoal (se disponível);
- farmacológicas: inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS)¹, como fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina.

2ª linha:

- farmacológicas: topiramato, lisdexanfetamina.

Estratégias terapêuticas efetivas:

- 1ª) estratégias de 1ª linha devem ser iniciadas na APS, em monoterapia em dose efetiva média (no mínimo) por 8 semanas;
- 2ª) trocar fármaco inicial por:
 - outro antidepressivo ISRS; ou
 - topiramato; ou
 - lisdexanfetamina.

*Estratégias recomendadas a partir de dados de efetividade, tolerabilidade, custo e disponibilidade na APS.

¹Doses iniciais, mínimas efetivas e médias similares às recomendadas para transtornos depressivos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Sysko e Devlin (2021).

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS
do Brasil para esclarecer dúvidas ligue:



0800 644 6543