



DÉBORA KUCMANSKI
ERIC ALVES CORREIA
FELIPE POSSANCINI DE MATOS
ISABELA ARANTES TOBBIN

**TRIAGEM COM SEGURANÇA DOS TRANSTORNOS
DEPRESSIVO MAIOR E TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA NA ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE UMUARAMA-PR**

Umuarama, PR
2024

DÉBORA KUCMANSKI
ERIC ALVES CORREIA
FELIPE POSSANCINI DE MATOS
ISABELA ARANTES TOBBIN

**TRIAGEM COM SEGURANÇA DOS TRANSTORNOS
DEPRESSIVO MAIOR E TAG NA ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE UMUARAMA-PR**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I.

Orientador: Eguimar Roberto Martins
Coorientador: Denise Belato

Umuarama, PR
2024

DÉBORA KUCMANSKI
ERIC ALVES CORREIA
FELIPE POSSANCINI DE MATOS
ISABELA ARANTES TOBBIN

**TRIAGEM COM SEGURANÇA DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVO MAIOR E
TAG NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE UMUARAMA-PR**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I, avaliado pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Eguimar Roberto Martins
Orientador

Dra. Juliana Savi
Banca externa

Profa. Me. Marina Gimenes
Banca interna

Umuarama, 17 de setembro de 2024.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, em primeiro lugar, a Deus, por nos propiciar inteligência para exercer a arte da Medicina.

A nossa família, por proporcionar apoio diante das dificuldades e pela oportunidade de buscar a realização de nossos sonhos.

A todos os professores que passaram e marcaram nossa vida acadêmica. Em especial, ao nosso Orientador, Dr. Eguimar Roberto Martins, e a nossa Coorientadora, Dra. Denise Belato, por todo o apoio, a inspiração e a motivação.

Ao Prof. Dr. Luciano Vasques, pelo carinho e a compreensão conosco.

*“O bom médico trata a doença; o grande
médico trata o paciente que tem a doença”.*

William Osler (1849-1919)

KUCMANSKI, D.; CORREIA, E. A.; MATOS, F. P.; TOBBIN, I. A. **Triagem com segurança dos transtornos depressivo maior e TAG na atenção básica no município de Umuarama-PR.** Orientador: Eguimar Roberto Martins. 2024. 20 f. Projeto de Intervenção (Curso de Graduação em Medicina) – Universidade Paranaense, Umuarama, 2024.

RESUMO

O presente projeto de intervenção aborda a saúde mental na Atenção Primária de Saúde, com foco específico no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e na Depressão. O objetivo geral é complementar o diagnóstico desses transtornos utilizando escalas e escores como ferramenta de triagem na Atenção Primária. O projeto auxiliará os profissionais de saúde da Atenção Básica no que tange ao diagnóstico, visando colaborar com o diagnóstico precoce, reduzir a taxa de diagnósticos incorretos e instituir o manejo e o encaminhamento para o serviço especializado adequado. O modelo de triagem proposto contará com um *site* público e gratuito, em que estarão reunidas as ferramentas: escalas HAM-A, PHQ9 e Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM). O desenvolvimento deste projeto e de suas ações será realizado por um grupo de quatro alunos, sob a orientação de um professor do Curso de Medicina da Unipar - Umuarama-PR. Os locais de intervenção serão as 18 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) existentes no município de Umuarama/PR. As ações do projeto terão como foco pacientes que apresentam sintomatologia de transtornos psiquiátricos, nos quais estão incluídos o TAG, TDM e TB. Espera-se como resultado auxiliar os médicos atuantes nas UBSs abrangidas pelo projeto na triagem e na condução dos pacientes com transtornos mentais de forma segura.

Palavras-chave:

Atenção Primária. Depressão. Transtorno de Ansiedade Generalizada. Triagem. Diagnóstico precoce.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB	Atenção Básica
AIVD	Atividade Instrumentais de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição
ERSM	Estratificação de Risco em Saúde Mental
HAM-A	Escala de Hamilton para Ansiedade
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SM	Saúde Mental
TAG	Transtorno de Ansiedade generalizada
TB	Transtorno Bipolar
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 OBJETIVO GERAL.....	11
3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS	11
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4.1. DEPRESSÃO	12
4.2. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	13
5. METODOLOGIA	16
5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO	16
5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO.....	16
5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES.....	16
5.4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	16
6. RESULTADOS ESPERADOS	18
6.1. CURTO PRAZO.....	18
6.2. MÉDIO PRAZO.....	18
6.3. LONGO PRAZO	18
7. CRONOGRAMA	19
8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS	20
9. REFERÊNCIAS.....	21
10. ANEXOS	24

1. INTRODUÇÃO

Na Grécia Antiga, Hipócrates realizou a primeira classificação de casos de saúde mental, diferenciando-os conforme as características que apresentavam. Atualmente, muito além da simples ausência de transtornos, a saúde mental é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de bem-estar que permite que o indivíduo possa desenvolver suas habilidades pessoais, de modo a responder às dificuldades da vida e contribuir com sua comunidade (WHO, 2022).

Dados recentes levantados pela Vigitel e publicados pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostram que os custos com procedimentos em psicoterapia saltaram de R\$181 milhões, em 2018, para R\$269 milhões, em 2022. Durante o mesmo período, o número de casos com a Classificação Internacional de Doenças (CID) referente à ansiedade passou de 794 para 2100. A prevalência de beneficiários com depressão subiu de 11,1%, em 2020, para 13,5%, em 2023. Entre as mulheres, o número chega a 18,5% das beneficiárias de planos de saúde, ou seja, próximo de uma a cada cinco mulheres (DELPINO; MINAMI, 2024).

A OMS publicou o Plano de Ação para a Saúde Mental de 2013-2030 no ano de 2021. Dentre as várias ações propostas, destaca-se o Objetivo nº 2: fornecer cuidados de saúde mental compreensivos, integrados e abrangentes em ambientes comunitários; recomenda-se que haja integração entre os cuidados de saúde mental na atenção primária e nos hospitais; continuidade de cuidado entre diferentes provedores e níveis do sistema de saúde; promover a saúde utilizando, por exemplo, eletrônicos e tecnologias móveis de saúde; recomenda-se, ainda, o uso de protocolos e práticas baseadas em evidências, incluindo a intervenção precoce (WHO, 2021).

À depressão e à ansiedade soma-se o Transtorno Bipolar (TB), de prevalência muito menor, mas frequentemente de difícil diagnóstico, em razão da semelhança dos sinais e sintomas com as duas primeiras. Considerando as sugestões da OMS, com enfoque no diagnóstico e no tratamento da ansiedade, da depressão e do transtorno bipolar na Atenção Primária, faz-se necessário o emprego de ferramentas adequadas para uma triagem segura.

2. JUSTIFICATIVA

O aumento da incidência de doenças crônicas da população brasileira, incluindo os distúrbios mentais, requer melhoria na qualificação do cuidado e no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Sabe-se que, no Brasil, os Transtornos Mentais Comuns (TMC) constituem a principal demanda de Saúde Mental (SM) atendida na Atenção Básica (AB). Estudos chegam a sugerir que os TMC afetam mais de 51% dos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (SARAIVA; ZEPEDA; LIRIA, 2020).

Destaca-se que indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade social, tais como fome, pobreza e violência (maioria dos usuários das Unidades Básicas de Saúde), estão sujeitos à piora de seus quadros de saúde física e mental (MARTINS *et al.*, 2024).

Logo, o desenvolvimento e a aplicação do presente estudo são cruciais, tendo em vista a necessidade de melhora no atendimento em saúde mental dos frequentadores das UBSs do município de Umuarama/PR, uma vez que os usuários com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e Transtorno Depressivo Maior (TDM) necessitam de atendimento específico, objetivando uma estratificação mais adequada na Atenção Primária, de modo a reduzir a morbimortalidade deste grupo.

À vista disso, este estudo e sua aplicação possibilitarão que os profissionais médicos, atuantes nas UBSs, saibam reconhecer e diferenciar os sintomas de TAG e depressão. A estratificação será feita por meio do questionário PHQ-9 para TDM e Escala de Ansiedade de Hamilton para TAG, que são ferramentas utilizadas para o reconhecimento dos principais sintomas de cada um dos transtornos.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Complementar o diagnóstico do TAG e da depressão, utilizando escalas e escores como ferramenta de triagem na Atenção Primária.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Colaborar com o diagnóstico precoce de depressão e TAG na Atenção Primária e a qualidade de vida dos pacientes, bem como reduzir o ônus da doença e os custos de saúde;
2. Propor um método de triagem e intervenção na Atenção Primária, visando melhorar o diagnóstico precoce, o manejo adequado e o encaminhamento para tratamento especializado, quando necessário;
3. Auxiliar os profissionais da Atenção Básica no que tange ao diagnóstico diferencial de doenças psiquiátricas;
4. Favorecer os médicos atuantes nas UBSs quanto à terapêutica adequada para cada paciente diagnosticado com depressão ou TAG.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. DEPRESSÃO

Os transtornos depressivos são condições muito presentes na sociedade, com prevalência mundial que ultrapassa 264 milhões de indivíduos (ALSHEHRI, 2023), sendo reconhecidos como um problema prioritário de saúde pública, tendo em vista a sua elevada e crescente prevalência na população em geral (RUFINO *et al.*, 2018).

A fisiopatologia da depressão é ainda incerta. A teoria das monoaminas afirma que os neurotransmissores (serotonina, dopamina e adrenalina) estariam diminuídos em indivíduos depressivos. Outras teorias mais modernas destacam a neuroplasticidade como fator de extrema importância e que se encontra diminuído em pacientes com depressão (AGUIAR *et al.*, 2021)

A sintomatologia da depressão pode ser dividida entre quatro conjuntos de sintomas comuns: emocionais, cognitivos, motivacionais e físicos (RUFINO *et al.*, 2018). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V) (APA, 2014) é a principal referência para a classificação da depressão, uma vez que cada transtorno depende de questões relacionadas ao tempo de sintomas, duração e etiologia, caracterizando os transtornos: perturbador da desregulação do humor, depressivo maior, disfórico pré-menstrual, depressivo persistente, induzido por medicação e depressivos específicos e inespecíficos (SOUZA FILHO *et al.*, 2022).

Uma meta-análise apontou que na Atenção Primária apenas metade dos pacientes com depressão alcançam o diagnóstico e apenas 1/3 destes obtém o tratamento. O estigma associado à doença, bem como os sintomas somáticos sistêmicos muito comuns a outras patologias, são os principais fatores para a confusão e o atraso no diagnóstico. Neste âmbito, a Inteligência Artificial (IA) tem propiciado, por meio da combinação de modelos matemáticos e computacionais, o desenvolvimento de algoritmos extremamente úteis e que podem ser utilizados como ferramenta de triagem de pacientes na Atenção Primária, contribuindo para a diminuição dos casos não diagnosticados (SOUZA FILHO *et al.*, 2022).

Na Atenção Primária, uma ferramenta que se destaca como uma das mais confiáveis para a triagem de depressão é o PHQ-9 (Anexo 1), composto por nove perguntas aplicadas a pacientes em ambientes de cuidados primários para avaliar a presença e a intensidade da depressão, cuja sensibilidade e a especificidade são de 88%. A ferramenta pode ser utilizada em diferentes faixas etárias e contextos, tais como:

Atenção Primária; psiquiatria; populações multiculturais (RAHMAN *et al.*, 2022). Esta escala de autoavaliação contribui para o diagnóstico da depressão seguindo os critérios estabelecidos pelo DSM-V e visa determinar com que frequência os pacientes experimentaram sintomas depressivos nas últimas duas semanas, com opções de resposta variando de 0 (nunca) a 3 (quase todos os dias). Cada item é avaliado em uma escala de 0 a 3, resultando em uma pontuação total que pode variar de 0 a 27. As pontuações finais classificam os sintomas depressivos em "nenhum ou mínimo" (0 a 4), "leve" (5 a 9), "moderado" (10 a 14), "moderadamente grave" (15 a 19) e "grave" (20 a 27). (SUN *et al.*, 2022). As pontuações indicam:

- 0 - 4 = sem transtorno depressivo;
- 5 - 9 = transtorno depressivo leve;
- 10 - 14 = transtorno depressivo moderado;
- 15 - 19 = transtorno depressivo moderadamente grave;
- 20 - 27 = transtorno depressivo grave (WATNICK, 2005).

4.2. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Embora seja uma emoção comum, a ansiedade pode se tornar patológica quando excessiva e afetar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), sendo então classificada como um transtorno emocional (ZUARDI, 2017). Não é incomum a associação entre a ansiedade e os transtornos depressivos, o que pode levar à grande dificuldade diagnóstica se não realizada uma triagem adequada (ROSE; TADI, 2021).

Segundo a OMS, o número de pessoas que sofrem de transtornos de ansiedade aumentou em 15% desde 2005, cerca de 264 milhões de pessoas globalmente afetadas. Salvo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), as mulheres tipicamente têm uma probabilidade duas vezes maior de experimentarem transtornos de ansiedade ao longo de suas vidas em comparação com os homens. Esses distúrbios podem se manifestar em qualquer fase da vida, sendo mais comuns durante a adolescência. Certas condições sociais podem aumentar o risco desses transtornos, como estar solteiro, viúvo ou divorciado, enfrentar o isolamento social e a falta de apoio de amigos ou familiares. O trauma psicológico também desempenha um papel significativo, sendo o transtorno de estresse pós-traumático o mais prevalente entre os vulneráveis (ZUARDI, 2017).

A causa dos transtornos de ansiedade envolve uma complexa interação entre fatores psicossociais, ambientais e possíveis predisposições genéticas, manifestadas

por meio de disfunções neuropsicológicas e neurobiológicas (ROSE; TADI, 2021). Os sistemas neurotransmissores, como o serotoninérgico e o noradrenérgico, desempenham um papel crucial na resposta do organismo ao estresse e são frequentemente afetados em um quadro de ansiedade. No transtorno de ansiedade generalizada, observa-se baixa atividade do sistema serotoninérgico e alta atividade do sistema noradrenérgico (MARON; NUTT, 2017).

Os critérios de diagnóstico estabelecidos no DSM-V são essenciais para determinar o diagnóstico de TAG e incluem: ter ansiedade e preocupação excessivas por pelo menos seis meses; experimentar três ou mais dos seguintes sintomas durante esse período: inquietação, fadiga fácil, sensação de tensão ou nervosismo, irritabilidade, tensão muscular, dificuldade de concentração ou sensação de mente em branco, e/ou distúrbios do sono; ter dificuldade em controlar as preocupações; a ansiedade causar sofrimento significativo ou interferir nas áreas social e ocupacional da vida; e a ansiedade não ser atribuível a nenhuma causa física ou medicamentosa. Quando esses critérios são atendidos, o indivíduo é diagnosticado com TAG e deve receber tratamento terapêutico o mais rápido possível (SAEED; CUNNINGHAM; BLOCK, 2019).

A Escala de Hamilton para ansiedade (HAM-A) (anexo 2) é a ferramenta mais amplamente utilizada para a triagem e a estratificação do TAG, tendo sido desenvolvida por Max Hamilton, em 1959. Consiste em um questionário de quatorze perguntas, agrupadas em dois tipos, sendo o primeiro composto de sete itens correspondentes a sintomas psíquicos, e o segundo com sete itens correspondentes a sintomas somáticos gerais (SLOMP *et al.*, 2021). Cada item possui cinco possíveis respostas conforme o grau:

- 0 - ausência do sintoma;
- 1 - intensidade leve;
- 2 - intensidade média;
- 3 - intensidade grave;
- 4 - intensidade muito grave ou incapacitante.

Quanto à interpretação dos escores:

- ≤ 17 - ansiedade leve;
- 18-24 - ansiedade leve a moderada;
- 25-30 - ansiedade moderada a grave;

- >30 - ansiedade grave.

A escala HAM-A também pode ser empregada para o acompanhamento de pacientes em tratamento, conforme demonstrado por estudos clínicos randomizados, placebo-controlados e duplos-cegos de Rickels *et al.*, em 1993 (BECH, 2011).

Outra ferramenta que pode ser utilizada é a tabela de estratificação de risco em saúde mental (ERSM) (anexo 3) da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Paraná, visando classificar e avaliar o nível de risco dos pacientes em relação a questões de saúde mental. A finalidade dessa tabela é ajudar os profissionais de saúde a identificarem a gravidade dos sintomas, a necessidade de intervenção e o tipo de tratamento mais adequado para cada paciente (GUEDES *et al.*, 2020).

A estratificação de risco pode considerar vários fatores, como os sintomas clínicos, o grau de impacto dos sintomas nas atividades diárias e na qualidade de vida, o histórico clínico e o risco de crise, como a ideação suicida ou o comportamento autodestrutivo (GUEDES *et al.*, 2020).

A tabela é classificada em cinco grupos de acordo com os tópicos abordados: Grupo I - Transtornos Mentais Comuns; Grupo II - Transtornos Mentais Severos e Persistentes; Grupo III - Uso problemático de Álcool e outras Drogas; Grupo IV - Alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência; Grupo V - Fatores agravantes ou atenuantes de problemas de saúde mental já identificados. Cada tópico possui uma pontuação diferente, de acordo com o impacto do assunto apresentado (GUEDES *et al.*, 2020).

Conforme a pontuação final, o indivíduo avaliado é classificado como de baixo risco (entre 0 a 40 pontos), médio risco (42 a 70) e alto risco (72 a 240). Após isso, o paciente é encaminhado ao serviço adequado para atendimento. Os pacientes com médio a alto risco são direcionados aos ambulatórios de psiquiatria e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que nos casos de maior risco a preferência é para a segunda opção citada (GUEDES *et al.*, 2020).

5. METODOLOGIA

O desenvolvimento deste projeto de intervenção e suas ações será realizado por um grupo de quatro alunos, sob a orientação de um profissional de Medicina e Professor do Curso de Medicina da Universidade Paranaense - Umuarama-PR e a coorientação de uma profissional de Medicina. A elaboração do presente projeto mantém em perspectiva que o mesmo deve ser socialmente desejável, politicamente aceitável, economicamente viável e tecnicamente exequível (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2015).

5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO

Serão abrangidas as 24 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Umuarama/PR. Conforme determinado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), uma Unidade Básica de Saúde deve ser responsável por no máximo quatro mil pessoas, recomendando-se uma média de três mil (BRASIL, 2012).

5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção terá por enfoque qualquer paciente que apresente sintomas referentes a transtornos mentais, nos quais estão incluídos o TAG, o TDM, e o TB.

5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES

O presente projeto de intervenção contará com as seguintes ações:

- Informar os profissionais de Medicina atuantes nas UBSs abrangidas pelo projeto de intervenção sobre seus métodos e objetivos;
- Desenvolver um manual de aplicação para auxiliar os profissionais de Medicina na aplicação das ferramentas;
- Desenvolver um *site* gratuito e público, em que estarão reunidas as ferramentas que serão utilizadas, a saber: as escalas HAM-A, o PHQ9 e Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental.

5.4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Quando o projeto de intervenção estiver implementado, os profissionais que fizeram emprego das ferramentas em atendimentos nas UBSs abrangidas responderão a um questionário, para que seja possível avaliar a eficiência dos

questionários na triagem, na estratificação e na conduta em relação aos pacientes com transtornos mentais, conforme definido nos objetivos do projeto.

Também serão levantados dados de determinados períodos antes e após a implementação do projeto de intervenção, acerca da quantidade de encaminhamentos para a atenção especializada e dos custos.

6. RESULTADOS ESPERADOS

6.1. CURTO PRAZO

Espera-se auxiliar os médicos atuantes nas UBSs abrangidas pelo projeto para que tenham ferramentas para a triagem e a condução de pacientes com transtornos mentais de forma segura.

6.2. MÉDIO PRAZO

Intenta-se contribuir para a melhoria da triagem e da conduta quanto a pacientes com transtornos mentais assistidos pelas UBSs do município de Umuarama/PR, fornecendo um seguimento mais adequado para cada paciente, conforme suas necessidades.

6.3. LONGO PRAZO

O projeto buscará colaborar com o aprimoramento do campo de ações na Atenção Primária em Umuarama/PR, reduzindo o número de pacientes com transtornos mentais não diagnosticados e de diagnósticos incorretos e melhorando a qualidade dos encaminhamentos para os serviços de Atenção Secundária.

7. CRONOGRAMA

AÇÕES	Ago 2025	Set 2025	Out 2025	Nov 2025	Dez 2025
Contato com médicos das UBS.	X				
Criação de instruções impressas de como utilizar a esta nova ferramenta.	X				
Distribuir tais instruções nas Unidades Básicas de Saúde.	X				
Desenvolver um site com acesso público e gratuito com dados importantes sobre o diagnóstico e encaminhamento ao especialista de pessoas com TAG e depressão.	X				
Início da aplicação do projeto pelos médicos das UBS.		X	X	X	X
Monitoramento.		X	X	X	X

8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS

A execução deste projeto de intervenção em saúde não implicará em qualquer custo para a Universidade ou para os usuários do sistema de saúde do município de Umuarama/PR.

A viabilidade do projeto se associa às atividades práticas dos estudantes do Curso de Medicina da UNIPAR, *campus* Sede, em Umuarama/PR, sob a tutela de um professor supervisor.

Os recursos utilizados serão os já existentes, o PHQ-9, a Escala de Hamilton para ansiedade (HAM-A) e a Escala de Estratificação de Risco em Saúde Mental da SESA. Ademais, a criação do *site* de acesso público e gratuito com dados importantes sobre o diagnóstico e o encaminhamento ao serviço de Atenção Secundária direcionado a pessoas com TAG e depressão, também não acarretará custos, já que será realizado com o apoio dos estudantes do Curso de Tecnologia e Desenvolvimento de Sistemas da UNIPAR.

9. REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. N. *et al.* Mecanismos neuroquímicos e patologia da depressão. **Semana de Pesquisa da Unit - Alagoas**, n. 9, p. 1-3, 2021. Disponível em: https://eventos.set.edu.br/al_sempesq/article/view/15178. Acesso em: 3 jul. 2024.
- ALSHEHRI, Abdullah *et al.* The prevalence of depressive and anxiety symptoms among first-year and fifth-year medical students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. **BMC Medical Education**, v. 23, n. 1, 6 jun. 2023. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-023-04387-x>. Acesso em: 5 fev. 2024.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2024.
- BECH, P. Measuring states of anxiety with clinician-rated and patient-rated scales. **InTech**, 2011. Disponível em: <https://www.intechopen.com/chapters/19365>. Acesso em: 3 jul. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2024.
- DELPINO, Felipe; MINAMI, Bruno. **Janeiro branco na saúde suplementar**: panorama da saúde mental entre beneficiários de planos de saúde. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2024. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2024-01/Estudo%20Especial%20Sa%C3%BAde%20Mental.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2024
- GUEDES, A. P. *et al.* **Estratificação de risco em saúde mental**: versão reduzida. Curitiba, PR: Secretaria da Saúde, 2020. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@8be82d78-6998-41f0-acea-340c13b72990&emPg=true>. Acesso em: 5 fev. 2024.
- LOPES, A. B. *et al.* Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 35, p. e8773-e8773, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/8773>. Acesso em: 5 fev. 2024.
- MARON, E.; NUTT, D. Biological markers of generalized anxiety disorder. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 19, n. 2, p. 147-158, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/journals/tdcn20>. Acesso em: 5 fev. 2024.
- MARTINS, J. de J. B. *et al.* Estratégias de educação em saúde mental na atenção básica: uma revisão narrativa da literatura. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 2, p. 10-10, 2024. Disponível em:

<https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/1765>. Acesso em: 5 fev. 2024.

MEDEIROS, S. R. *et al.* Uso de instrumentos de rastreio de transtornos mentais na Atenção Básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 11, p. e14008-e14008, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14008>. Acesso em: 5 fev. 2024.

MUSCATELLO, M. R. A. *et al.* Duloxetine in Psychiatric Disorders: Expansions Beyond Major Depression and Generalized Anxiety Disorder. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, p. 772, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31749717/>. Acesso em: 5 fev. 2024.

OLIVEIRA, C. M. C. S.; OLIVEIRA, M. A. de. **Projeto de intervenção associado à árvore de problemas**: metodologia para elaboração do projeto de intervenção (PI). 2015. 19 f. Projeto de Intervenção (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_metodologias_TCC/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em: 3 jul. 2024.

RAHMAN, M. A. *et al.* Validade e confiabilidade da escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9) entre estudantes universitários de Bangladesh. **PloS One**, v. 17, n. 6, p. e0269634, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35675375/>. Acesso em: 5 fev. 2024.

ROSE, G.; TADI, P. **Transtorno de Ansiedade Social**. Ilha do Tesouro: StatPearls, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890>. Acesso em: 18 maio 2024.

RUFINO, S. *et al.* Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. **Revista Saúde em Foco**, v. 10, n. 1, p. 837-843, 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/11/095_ASPECTOS-GERAIS-SINTOMAS-E-DIAGN%C3%93STICO-DA-DEPRESS%C3%83O.pdf. Acesso em: 5 fev. 2024.

SAEED, S. A.; CUNNINGHAM, K.; BLOCH, R. M. Depressão e transtornos de ansiedade: benefícios do exercício, ioga e meditação. **Médico de Família Americano**, v. 99, n. 10, p. 620-627, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31083878/>. Acesso em: 5 fev. 2024.

SARAIVA, S. A. L.; ZEPEDA, J.; LIRIA, A. F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 553-565, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JgQqJ9gCWXGRNcyTf3pT7NG/?lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2024.

SLOMP, F. *et al.* Uso da Escala de Hamilton para verificação do grau de ansiedade em professores da rede pública de ensino no município de Guarapuava–PR. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 12, p. 119169-119178, dez. 2021. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/41710>. Acesso em: 5 fev. 2024.

SOUZA FILHO, E. M. **Triagem de pacientes com depressão na atenção primária usando ferramentas de aprendizado de máquina**. 2022. 129 f. Dissertação (Mestrado em Sistemas Inteligentes e Automação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/18056>. Acesso em: 18 maio 2024.

SUN, Y. *et al.* A validade e confiabilidade do PHQ-9 na triagem de depressão em neurologia: um estudo transversal. **BMC Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 98, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35139810/>. Acesso em: 5 fev. 2024.

WATNICK, S. *et al.* Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 46, n. 5, p. 919-924, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16253733/>. Acesso em: 5 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Comprehensive mental health action plan 2013-2030**. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-345301>. Acesso em: 5 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World mental health report: transforming mental health for all**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 5 fev. 2024.

ZUARDI, A. W. Características básicas do transtorno do pânico. **Medicina (Ribeirao Preto)**, v. 50, n. 1, p. 56-63, 2017. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/127539/124633>. Acesso em: 5 fev. 2024.

10. ANEXOS

Anexo 1

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:

Fonte: desenvolvido por Robert L. Spitzer, Janet B. W. Willian, Karl Kroenke e colegas.

Anexo 2

Nº	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade etc.	
2	Tensão	Sensação de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extrasístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensação de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensação de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos etc.	
12	Sintomas Geniturinários	Polaciúria, urgência da micção, amenorreia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido etc.	
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pelos eriçados, tonturas, etc.	
14	Comportamento na entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoejes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, respiração suspiriosa, palidez facial, pupilas dilatadas etc.	
		ESCORE TOTAL:	

Fonte: desenvolvido por F. M. Slomp e colegas, com base na Escala de Ansiedade de Hamilton

Anexo 3

ESTADO DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde – SESA Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM			
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL			
Nome do usuário (com letra de forma e sem abreviaturas):		Número de Prontuário:	
Nome e inscrição profissional (profissional que realizou atendimento):			
Serviço de saúde:		Data:	
Instruções de preenchimento:			
1) Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses; 2) Todos os grupos devem ser preenchidos; 3) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma; 4) Realize a somatória dos números circulados; 5) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.			
SINAIS E SINTOMAS		NÃO	SIM
GRUPO I	Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)	0	2
	Crises conversivas (distúrbios sensoriais sem base física) e/ou dissociativas (alteração da qualidade da consciência, estreita/rebaixada)	0	2
	Alterações do apetite ou do comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem	0	2
	Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas	0	2
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos	0	2
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais pode não haver vinculação com a realidade)	0	4
	Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	0	4
	Prejuízo da atividade sexual (perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros)	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2

GRUPO II	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento ² ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	0	10
	Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	0	4
	Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	0	6
	Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo	0	8
	Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	0	4
	Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	0	4
	Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
	Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	0	8
	Alucinação (percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa, ou tátil sem a presença de objetos reais)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	0	6
	Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	0	8
	Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	0	2
GRUPO III	<i>Delirium tremens</i> (diminuição do nível da consciência, tremores, febre, sudorese, alucinações de pequenos insetos e animais e outros sintomas que surgem após 72 horas de abstinência alcoólica)	0	10
	Tremor associado ao hálito etílico e sudorese etílica	0	8
	Incapacidade de redução e controle do uso de substâncias psicoativas (mantém o uso apesar do prejuízo)	0	8
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros sob efeito de substâncias	0	8
	Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)	0	6
	Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	0	8
	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4

GRUPO IV	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/oupositor persistente	0	6
	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4
GRUPO V	Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	0	4
	Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	0	4
	Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	0	4
	Testemunha de violência	0	2
	Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
	Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)	0	6
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravamento de saúde	0	4
	Vulnerabilidade social	0	2
	Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
	Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada	0	4
	Faixa etária menores de 18 anos e maiores de 60 anos	0	6
	Abandono e/ou atraso escolar	0	2
0 a 40 pontos	BAIXO RISCO	PONTUAÇÃO TOTAL: ESTRATIFICAÇÃO:	
42 a 70 Pontos	MÉDIO RISCO		
72 a 240 pontos	ALTO RISCO		

Fonte: Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM) - SESA