



Obra de Edson da Cruz Ragazon
Residência Terapêutica Jardim Gabinete

LINHA GUIA DA SAÚDE MENTAL

1ª Edição

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Curitiba, 2018



SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Márcia Cecília Huçulak

SUPERINTENDENTE EXECUTIVA

Beatriz Battistela Nadas

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO

Tânia Maria dos Santos Pires

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Flávia Celene Quadros

COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL

Flavia Vernizi Adachi

ORGANIZADORES

Flavia Vernizi Adachi
Ana Cristina Vidal Allegretti
Ana Paula Ferreira Gomes
Elaine Venceslau Tosin
Evandro Emmanuel Rodrigues da Silva
Luciane Jungles Manente
Maria Carolina Scaff Pereira
Maria Christina Barreto
Nalu Caigawa
Raquel Tatiane Heep

COLABORADORES

Ana Carolina Araújo dos Santos Schlotag
Angela Cristina Lucas de Oliveira
Giseli Aparecida Ragugneti de Goes
Juliana Marcon Hencke
Luiz Cláudio Sobrinho do Nascimento
Maristela de Souza
Nilza Teresinha Faoro
Patricia Audrey Reis Gonçalves
Pedro Henrique de Almeida
Renato Soleiman Franco
Sônia Regina de Brito Rustick
Psicólogos – NASF do Município de Curitiba
Psiquiatras – NASF do Município de Curitiba
Fundação de Ação Social
Sociedade Paranaense de Psiquiatria

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Matriz de competências da RAPS – Pontos da rede, competências e atribuições	10
Tabela 2	Avaliação de risco de suicídio	24
Tabela 3	Uso nocivo de Álcool (CAGE)	25
Tabela 4	Triagem para Ansiedade	25
Tabela 5	Triagem para depressão	26
Tabela 6	Estratificação de risco	27
Tabela 7	CrITÉrios de encaminhamento ambulatorial	32
Tabela 8	Exame das Funções Psíquicas	38
Tabela 9	Doses terapêuticas diárias dos estabilizadores do humor disponíveis na Farmácia Curitibana	42
Tabela 10	Manejo do Transtorno Afetivo Bipolar	43
Tabela 11	CrITÉrios diagnósticos dos episódios depressivos, adaptado da CID-10	45
Tabela 12	Informações gerais sobre as drogas utilizados no tratamento dos transtornos depressivos	46
Tabela 13	Manejo Transtorno Depressivo	47
Tabela 14	Manejo Transtorno de Pânico	49
Tabela 15	Outros Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina – ISRS	50
Tabela 16	Manejo Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	51
Tabela 17	Manejo Transtorno de Estresse Pós Traumático - TEPT	53
Tabela 18	Manejo dos Transtornos Dissociativos e Somatoformes	55
Tabela 19	Manejo Anorexia	61
Tabela 20	Manejo Bulimia	62
Tabela 21	CrITÉrios diagnósticos de esquizofrenia, adaptado da CID-10	64
Tabela 22	Manejo da Esquizofrenia	65
Tabela 23	Doses de antipsicóticos	66
Tabela 24	Estágios de motivação para mudança de Prochaska e DiClemente	68
Tabela 25	Psicofármacos utilizados na desintoxicação alcoólica	75
Tabela 26	Manejo do Transtorno do Espectro Autista	77
Tabela 27	Manejo Transtorno Déficit de Atenção / Hiperatividade	79
Tabela 28	Doenças orgânicas com alterações psiquiátricas	84
Tabela 29	Manejo do profissional de acordo com Intensidade do risco para suicídio	93
Tabela 30	Psicofármacos utilizados na contenção química	97
Tabela 31	Tipos de Retardo Mental	102

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
PARTE 1: Rede de Atenção Psicossocial de Curitiba: Matriz de competências e atribuições dos pontos de atenção.	9
PARTE 2: Acolhimento e primeiro atendimento na Atenção Primária à Saúde.....	19
PARTE 3: A Estratificação de Risco em Saúde Mental.....	27
PARTE 4: Critérios de encaminhamento para os diferentes pontos de atenção à Saúde Mental em Curitiba (RAPS)	30
A. Ambulatórios em Saúde Mental	31
B. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	33
C. Hospital Especializado	34
PARTE 5: Diretrizes Clínicas para a Atenção em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	37
1. GRUPO A – Transtornos Mentais Comuns	40
1.1 Transtornos de Humor	40
1.1.1 Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).....	40
1.1.2 Episódio Maníaco	44
1.1.3 Episódios Depressivos	45
1.1.4 Transtorno de Humor Persistentes	47
A. Ciclotimia.....	47
B. Distímia.....	47
1.2 Transtornos Neuróticos, relacionados ao Estresse e Somatoformes	48
1.2.1 Transtornos Fóbico Ansiosos.....	48
A. Agorafobia	48
B. Fobia Social.....	48
C. Fobias Específicas (isoladas).....	48
1.2.2 Transtorno de Pânico	48
1.2.3 Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).....	50
1.2.4 Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	51
1.2.5 Reações ao Stress Grave – Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT)	52
1.2.6 Transtornos Dissociativos.....	54

1.2.7	Transtornos Somatoformes (incluem hipocondria e transtornos dolorosos)	55
1.2.8	Outros Transtornos Neuróticos frequentes na APS	56
	A. Insônia	56
	B. Transtornos de Personalidade (TP)	57
	C. Transtornos Alimentares (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa).....	60
2.	GRUPO B – Transtornos Mentais Severos e Persistentes	63
2.1	Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos.....	63
3.	GRUPO C - Dependência de Álcool e outras Drogas	66
3.1	Redução de danos	70
3.2	Prevenção de recaídas.....	70
3.3	Desintoxicação do álcool na Atenção Primária à Saúde	72
3.4	Síndrome de abstinência de álcool (SAA).....	74
4.	GRUPO D – Transtornos de comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a Infância e Adolescência.....	76
4.1	Transtorno do Espectro Autista - TEA	76
4.2	TDAH – Transtorno Déficit de Atenção / Hiperatividade	78
4.3	Transtorno Específico da Aprendizagem.....	80
4.4	Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)	81
4.5	Transtorno de Conduta (TC)	82
5.	GRUPO E – Alterações na Saúde Mental relacionadas a causas orgânicas.....	83
6.	Emergências Psiquiátricas	90
6.1	Delirium	90
6.2	Risco e tentativa de suicídio	91
6.3	Agitação Psicomotora (APM).....	96
	A. Contenção Verbal	97
	B. Contenção Química	97
	C. Contenção Física	98
	D. Contenção Mecânica.....	99
7.	GRUPO F - Transtorno do Desenvolvimento Intelectual – Retardo Mental	101
	REFERÊNCIAS	103
	ANEXO.....	106

APRESENTAÇÃO

A Saúde Mental afeta não somente a saúde das pessoas, mas também interfere na capacidade dos indivíduos se relacionarem socialmente, se desenvolverem economicamente e em especial afeta as famílias.

A Organização Mundial da Saúde define a Saúde Mental como o estado de bem-estar no qual cada indivíduo desenvolve seu potencial, é capaz de lidar com o estresse da vida, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para a sociedade. Portanto, seu conceito é mais amplo que a ausência de problemas mentais.

Nas últimas décadas os serviços de saúde mental passaram por mudanças importantes em Curitiba, avançaram no cuidado multidisciplinar e na atenção ambulatorial nos Centros de Atenção Psicossocial em vez do cuidado hospitalar. Contudo, os transtornos mentais e a dependência química são condições crônicas e vem sendo enfrentadas nos serviços como eventos agudos, passada a crise, poucas alternativas de apoio familiar e aos usuários estão estruturadas. A organização dos CAPS Territoriais, não centrados por tipo de agravos, tem como objetivo facilitar o acesso e o cuidado adequado dos usuários e seus familiares.

O uso abusivo do álcool, das drogas em geral, e em especial o crack disseminam-se pelo país e nos impõe a necessidade de incorporar novas alternativas de intervenção e de tratamento desse grave problema de saúde pública. E ainda, é comum que os usuários de drogas desenvolvam também transtornos mentais.

A evidência é clara de que melhorar o cuidado às pessoas que apresentam ~~com~~ transtornos mentais e/ou dependência química os ajudam a alcançar maior bem-estar, construir resiliência e independência e otimizar as chances de vida, bem como reduzir mortalidade prematura. Portanto, a Secretaria Municipal de Saúde está propondo ir além da reprodução da Política Nacional de Saúde Mental. Estamos propondo com essa linha guia a reformulação da Política de Saúde Mental em Curitiba, integrando o cuidado focado na pessoa e nos seus familiares, além do cuidado da condição que se apresenta.

Desenvolver a Rede de Cuidados em Saúde Mental implica em articular ações para além dos serviços, que não se limitam às questões técnicas, mas inclui no escopo de

competências, o trabalho com os demais serviços no território visando ampliar o apoio e aprimorar o atendimento em Saúde Mental. Nesse sentido a reformulação da atenção integrando as ações da atenção básica e atenção nos centros de atenção psicossocial objetiva trabalhar a promoção a saúde mental, a prevenção, e o suporte aos pacientes, as famílias e a comunidade.

Esse é o grande desafio do Sistema Municipal de Saúde de Curitiba, transformar a atenção à Saúde Mental. Devemos ser capazes de mostrar de forma transparente a diferença que isso pode fazer na vida das pessoas.

Cabe agora a todos nós tornar isso uma realidade.

Márcia Cecília Huçulak
Secretária Municipal de Saúde

PARTE 1: Rede de Atenção Psicossocial de Curitiba: Matriz de competências e atribuições dos pontos de atenção.

A partir da Lei Federal nº 10.216/2001, a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção à Saúde Mental aberto e de base comunitária, oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece e com foco na reinserção social do cidadão. Este modelo preconiza a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) contemplando serviços de complexidades distintas, sendo hospitalares, extra hospitalares e demais equipamentos intersetoriais.

Nesta direção, a Portaria nº 3088/2011 e posteriormente a Portaria nº 3588/2017, são responsáveis por instituir a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, estabelecendo diretrizes, objetivos e os componentes da rede com vistas à garantir a promoção do acesso e a integralidade da assistência em saúde.

Assim, os diferentes pontos de atenção que compõem a RAPS devem orientar suas práticas pelas diretrizes que sustentam o campo da Saúde Mental: combate à discriminação, estigma e preconceitos; a garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental; o redirecionamento do modelo assistencial; a humanização da atenção, centrada nas necessidades das pessoas; a participação e controle social, e a desinstitucionalização das práticas. Também, organizar seus processos de trabalho visando atingir os objetivos gerais: promover equidade (reconhecendo os determinantes sociais da saúde); ampliar o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas e suas famílias aos pontos de atenção em saúde, bem como garantir a articulação e integração dos mesmos, qualificando o cuidado, por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Além disso, são objetivos específicos da RAPS: a promoção do cuidado em saúde às populações vulneráveis; a prevenção do consumo e a dependência do crack, álcool e outras drogas em ações intersetoriais; a redução dos danos provocados por estas substâncias psicoativas; a promoção da reabilitação psicossocial e a reinserção de pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, entre outros.

Diante deste cenário, Curitiba vem, a partir de suas realidades loco-regionais, adaptando-se às diretrizes atuais da Política Nacional da Saúde Mental, oportunizando o atendimento dos usuários em serviços de diferentes complexidades e contemplando a diversidade das demandas identificadas. Neste contexto, busca-se investir na qualificação das equipes e potencialização dos dispositivos de cuidado, através da incorporação de tecnologias que contribuam para a transformação de práticas no campo da atenção psicossocial. Fazem parte integrante da RAPS, os pontos de atenção descritos abaixo com suas competências e atribuições:

Tabela 1: Matriz de competências da RAPS – Pontos da rede, competências e atribuições:

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIAS	ATRIBUIÇÕES
Domicílio	Neste ponto de atenção o paciente e/ou sua família são participantes do processo de tratamento.	A família, quando bem orientada, pode contribuir com o tratamento da seguinte forma: <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhando o familiar nas consultas agendadas, em situações onde o paciente se encontra mais confuso, com dificuldade em dar e compreender informações; • Incentivando a adesão e continuidade do tratamento; • Ajudando o paciente na responsabilização pelo tratamento, e uso correto da medicação; • Acompanhando os resultados do tratamento; • Informando a Unidade Básica de Saúde (UBS) a ocorrência de qualquer alteração significativa de comportamento e/ou do estado geral de saúde do paciente; • Comunicando a US nos casos de faltas às consultas programadas ou recusa em fazer uso da medicação prescrita.
Comunidade - Grupos de Auto Ajuda Associações, ONGs, Igrejas e similares	Grupos de Auto Ajuda realizados em espaços comunitários do território, tais como: Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor-Exigente, Neuróticos Anônimos, Al-Anon, entre outros. Espaços comunitários inseridos nos territórios.	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento, socialização, reinserção social e promoção de saúde de usuários acometidos por sofrimento psíquico, por intermédio da ajuda entre os pares, no compartilhamento de vivências e informações entre os participantes, por meio de atividades realizadas em seus espaços com a participação da comunidade.

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIAS	ATRIBUIÇÕES
<p>Centro de Referência de Assistência Social - CRAS</p>	<p>Serviços socioassistenciais para a população que se encontra em situação de vulnerabilidade social, causada pela pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos, de relacionamento familiar ou comunitário, e de pertencimento social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de fatores de risco e proteção à população alvo, além de encaminhamentos a rede de serviços, que incluem ações preventivas, de convivência e socialização, acolhida, sensibilização e mediações para o acesso ao mundo do trabalho, apoio e acompanhamento familiar. • As ações socioeducativas promovem o desenvolvimento da autoestima, da autonomia, do protagonismo, bem como o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.
<p>Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS</p>	<p>Constituem-se em unidades de Proteção Social Especial que ofertam e referenciam serviços especializados de caráter continuado para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, cujos vínculos familiares estão fragilizados ou já foram rompidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os usuários serão inseridos em serviços socioassistenciais e/ou programas de transferência de renda, para que tenham seus direitos sociais preservados ou restaurados. • Os serviços visam dar orientação, apoio, proteção e acompanhamento social, em decorrência de: violência física, psicológica e negligência; violência sexual: abuso e/ou exploração sexual; afastamento do convívio familiar; tráfico de pessoas; situação de rua e mendicância; abandono; vivência de trabalho infantil; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.
<p>Escolas</p>	<p>Espaços destinados a ensinar aos estudantes os conhecimentos necessários para que possam integrar-se plenamente à sua cidade e ao mundo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de agravos e promoção de saúde mental, em que há identificação de fatores de risco e proteção, realização de encaminhamentos, espaço de inclusão social, orientação familiar.

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIAS	ATRIBUIÇÕES
<p>Unidade Básica de Saúde</p>	<p>Oferta de atendimento qualificado às pessoas em situação de sofrimento psíquico, com ou sem patologia classificável, com uma abordagem integral, contextualizada e continuada, articulada de maneira satisfatória com os outros níveis de atenção, quando indicado.</p> <p>É porta de entrada e coordenadora do cuidado do usuário no sistema, o qual deve ser acolhido e ter suas necessidades atendidas de forma resolutiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento a todos os usuários com queixa de sofrimento psíquico, preferencialmente pela sua equipe de referência; • Rastreamento de problemas de saúde mental em populações determinadas; • Abordagem multiprofissional, porém, integralizado com papéis bem definidos de todos os membros da equipe; • Estratificação de risco; • Avaliação médica e de enfermagem para investigação de comorbidades clínicas nos usuários portadores de transtorno mental crônico; • Oferta de matriciamento nos casos mais complexos; • Estabelecimento de plano de cuidados individualizado; • Seguimento com vigilância (inclui busca ativa); • Oferta de medicamentos e exames; • Consulta farmacêutica, quando necessária, acompanhando o uso de psicotrópicos; • Encaminhamento para outros níveis de atenção, conforme critérios estabelecidos; • Atendimento inicial das urgências e emergências psiquiátricas e encaminhamento para outro ponto de atenção da rede, conforme avaliação do caso; • Articulação com o CAPS para ações previstas no Projeto Terapêutico Singular - PTS * • Abordagem intersetorial com FAS (CRAS/CREAS), órgãos do sistema de segurança e garantias de direitos (Conselho Tutelar, Ministério Público, Judiciário), emprego e geração de renda, abastecimento e outros; • Monitoramento e acompanhamento dos casos notificados quanto a tentativa e risco de suicídio; • Monitoramento e acompanhamento dos casos notificados de indivíduo com comportamento de acumulação de resíduos ou animais.

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIAS	ATRIBUIÇÕES
<p>Núcleo Ampliado à Saúde da Família - NASF</p>	<p>Equipes multiprofissionais que atuam de maneira integrada, apoiando os profissionais das Unidades Básicas de Saúde a partir das necessidades, dificuldades e limites identificados pelas equipes de referência.</p> <p>Compartilham práticas e saberes em saúde, auxiliando no manejo e resolução de problemas clínicos, agregando práticas na Atenção Primária à Saúde (APS), ampliando o escopo de ofertas.</p> <p>Contribuem para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas e auxiliam na articulação com outros pontos de atenção da rede.</p>	<p>Apoio Matricial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retaguarda assistencial e pedagógica (educação continuada), abrangendo as políticas públicas de saúde e o núcleo de especialidade; • Ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiências para todos os profissionais envolvidos; • Estudo e discussão de casos e situações, realização PTS, orientações, espaços de reuniões, atendimentos conjuntos, apoio por telefone, e-mail, e sistemas de informação; • Intervenções específicas como atendimentos e visitas domiciliares aos usuários e/ou famílias, mediante discussão prévia, negociação e compartilhamento do cuidado com os profissionais da equipe de saúde responsáveis pelo caso; <p>NASF Psicologia e Psiquiatria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento, orientação e articulação com a rede de serviços em saúde mental; • Telerregulação/consultoria das demandas locais de psicologia e psiquiatria ambulatorial; • Monitoramento e avaliação das ações de saúde mental nos territórios; • Compartilhamento do cuidado aos usuários com transtornos mentais, inclusive de médio e alto risco, conforme o nível de complexidade de cada caso e pactuação com equipes; • Ações de orientação / psicoeducação, intervenção breve e apoio a grupos; • Educação permanente da APS; • Avaliação e acompanhamento de indivíduos com comportamento de acumulação de resíduos e/ou animais; • Apoio às demandas do Ministério Público e Poder Judiciário; • Apoio à Rede de Proteção e SINASE.

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIAS	ATRIBUIÇÕES
Consultório na Rua	<p>Equipe multiprofissional itinerante com foco na Atenção Integral à Saúde da População em situação de rua com ações in loco.</p> <p>Atende demanda espontânea e busca ativa e para isso utiliza ambulâncias e trailer adaptado para facilitar mobilidade urbana e ponto de referência em espaços de concentração de pessoas em situação de rua para acolhimentos e atendimentos.</p> <p>Realizam também, ações compartilhadas e complementares junto às Unidades de Saúde Básica, devido inviabilidade da realização de determinados procedimentos em espaços abertos.</p>	<p>Sendo possível, no contexto “in loco”, ações como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processos clínicos eletivos diversos como: consultas clínicas, anamneses, curativos, verificação de dados vitais, orientações diversas sobre cuidados à saúde, coleta de exames laboratoriais, testagens rápidas de sífilis, hepatites, HIV, diagnóstico e orientação, acompanhamento de pré-natal e puerpério, consultas e procedimentos odontológicos variados, avaliação social e familiar, acompanhamento para fins de documentação, jurídicos/ previdenciários e terapêuticos, dentre outros. • Coordenar plano de cuidado com atenção integral e longitudinal de agravos e doenças crônicas, inclusive realizando intercâmbio de informações entre diversos pontos da rede de saúde; <p>Ainda em integração com a rede realizam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento conjunto com outros profissionais da saúde; • Apoio às equipes das UBS; • Discussão de casos; • Apoio em ações intersetoriais em que as pessoas em situação de rua estejam envolvidas; • Sensibilização de pessoas, estudantes e profissionais diversos sobre a clínica da atenção à saúde de pessoas em situação de rua.
Centro de Convivência	<p>Espaços que incentivam a sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade, visando a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e/ou uso de álcool e outras drogas, através da promoção de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados contextos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de atividades expressivas, no formato de oficinas, para desenvolver habilidades e/ou descobrir potencialidades e integrar os participantes. • Atividades desenvolvidas em parcerias com Universidades, Fundação Cultural e organizações da sociedade civil.

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIAS	ATRIBUIÇÕES
<p>Ambulatório de Saúde Mental</p>	<p>Ponto de atenção indicado nas situações de sofrimento psíquico, em que haja necessidade de avaliação e acompanhamento especializado e que não demandem reabilitação psicossocial ou atenção hospitalar e que não atendam critérios para matriciamento na própria Unidade Básica de Saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação especializada (psicologia e/ou psiquiatria) de todos os casos encaminhados; • Psicoterapia individual e/ou de grupo; • Tratamento farmacológico quando indicado; • Orientação familiar, individual ou em grupo;
<p>Centro de Atenção Psicossocial - CAPS</p>	<p>Dispositivos de tratamento extra hospitalares que tem o objetivo de atender pessoas com transtornos mentais e comportamentais graves e persistentes incluindo as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em um território específico, oferecendo cuidados clínicos e sociais, favorecendo, assim, o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Avaliação especializada • Elaboração de Projeto Terapêutico Singular – PTS • Atendimento especializado multiprofissional (individual e em grupo) • Reabilitação psicossocial (ações de promoção de contratualidade no território, oficinas terapêuticas, oficinas profissionalizantes, geração de renda, atividades de lazer e reinserção social) • Fortalecimento do protagonismo dos usuários e familiares; • Ações de Redução de Danos; • Atenção a crise; • Visitas domiciliares; • Matriciamento das equipes da APS, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Serviço Hospitalar; • Atendimento à família (individual ou em grupo); • Articulação de redes intrasetoriais e intersetoriais; • Apoio a Serviços Residenciais de Caráter transitório e acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico (RTs).

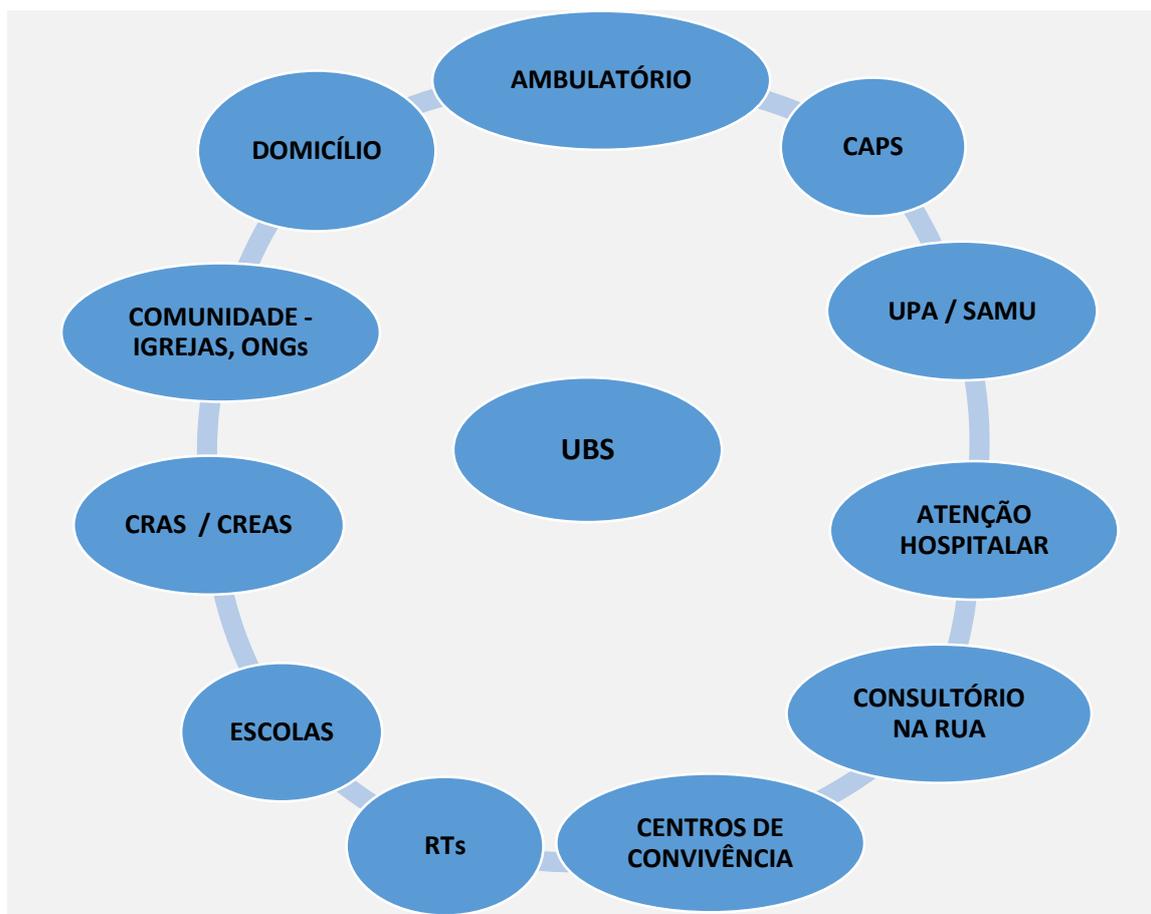
PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIAS	ATRIBUIÇÕES
<p>Unidade de Pronto Atendimento –UPA/SAMU</p>	<p>Equipamentos destinados a atender situações de urgência/emergência (psiquiátricas ou não). Obs.: O Departamento de Urgência e Emergência (DUE) corresponsabiliza-se pela realização de ações voltadas à sistematização da assistência de risco comportamental, desde o reconhecimento da situação de risco, ativar serviços de emergência quando necessário a fim de garantir a segurança na cena, processos regulatórios, diagnóstico e abordagem pela equipe no local e intervenção e encaminhamentos. Deste modo, é responsável por elaborar protocolos específicos envolvendo capacitações para a rede intra e intersetorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e atendimento clínico, de acordo com a classificação de risco, investigando diagnóstico diferencial orgânico/psiquiátrico para o paciente em situação de urgência/emergência; • Atendimento inicial na crise suicida; • Exame clínico completo, visando identificar sinais e sintomas de alterações clínicas agudas e/ou crônicas para indicação de tratamento clínico; • Leitos de observação e de internação de curta permanência, que poderão ser usados para manejo de crises. • Referenciamento para continuidade de cuidado. • Realizar o transporte do paciente que se encontra na UPA para o CAPS ou serviço de maior complexidade, proporcionando a continuidade do tratamento
<p>Atenção Hospitalar</p>	<p>Equipamentos que prestam atendimento a crise, de usuários de médio e alto risco após esgotados os outros recursos terapêuticos da rede. Composta por: <i>Hospital Psiquiátrico Integral:</i> atendimento a usuários de alto risco. <i>Hospital Dia:</i> tratamento a pacientes de médio risco. <i>Hospital Geral:</i> atendimento a usuários de alto risco em enfermaria especializada e pacientes que necessitem de atendimento às comorbidades clínicas.</p>	<p>Hospital Psiquiátrico Integral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituição de plano terapêutico com reavaliações periódicas; • Farmacoterapia e verificação da prescrição; • Remissão de sintomas e estabilização do quadro psiquiátrico • Psicoterapias individuais e de grupo; • Atividades de Terapia ocupacional; • atendimentos de Serviço Social e suporte familiar e social através de grupos familiares; • Preparação da alta e referenciamento para a continuidade do tratamento extra-hospitalar; • Cuidados de enfermagem.

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIAS	ATRIBUIÇÕES
Atenção Hospitalar		<p>Hospital Dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de plano terapêutico; • Tratamento farmacológico; • Psicoterapia individual/em grupo; • Atendimento da família, individual ou em grupo; • Atendimento de Serviço Social. <p>Hospital Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabilização dos quadros clínicos comórbidos; • Notificação obrigatória dos casos de tentativa de suicídio e demais violências; • Discussão dos casos com a regulação de saúde mental após estabilização, para definição de continuidade do cuidado em serviço extra hospitalar ou hospital especializado, se necessário.
Regulação de Saúde Mental - CLP	<p>Central telefônica composta por equipe multiprofissional (psiquiatra, psicólogo e enfermeiros), responsável pela regulação de leitos psiquiátricos para internamento em Hospital Psiquiátrico Integral e Hospital Dia ou discussão dos casos para articulação do cuidado em outros pontos de atenção.</p>	<p>Regulação de leitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receber, do médico solicitante, o pedido de internamento psiquiátrico. • Discussão clínica do caso com o médico requisitante, para identificar a real indicação de internamento; • Priorização dos casos de maior necessidade do leito; • Busca de vagas em hospitais psiquiátricos dia e integral; • Avaliação de excepcionalidade de situações, quanto à gravidade do quadro psiquiátrico, e o devido encaminhamento. • Apoio técnico para o melhor direcionamento do cuidado que o usuário necessita, quando se identifica que o internamento não é a melhor opção ou não se dispõe de oferta de vagas em hospitais.
SERP - Serviço de Retaguarda Psiquiátrica	<p>Psiquiatras que realizam plantão nos horários: 2ª a 6ª feira das 19h à 1h; sábados, domingos e feriados das 13h à 1h)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão clínica e atendimento presencial (diagnóstico e condutas), em casos emergenciais para CAPS, RT e UPAS, podendo ocorrer orientação a distância, caso necessário.

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIAS	ATRIBUIÇÕES
Residência Terapêutica	Casas destinadas a desinstitucionalização de pessoas em situação de asilamento em Hospital Psiquiátrico e/ou Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço de moradia • Promoção de Reinserção social • Resgate de cidadania • Elaboração de Plano de cuidados vinculado à APS e CAPS.

* **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** - conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar. Configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde, especialmente nos serviços onde o trabalho está sistematizado através das equipes de referência. É indicado para casos mais difíceis com maior gravidade e complexidade. (BRASIL, 2007).

Figura 1: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Curitiba



Fonte: SMS - Coordenação de Saúde Mental

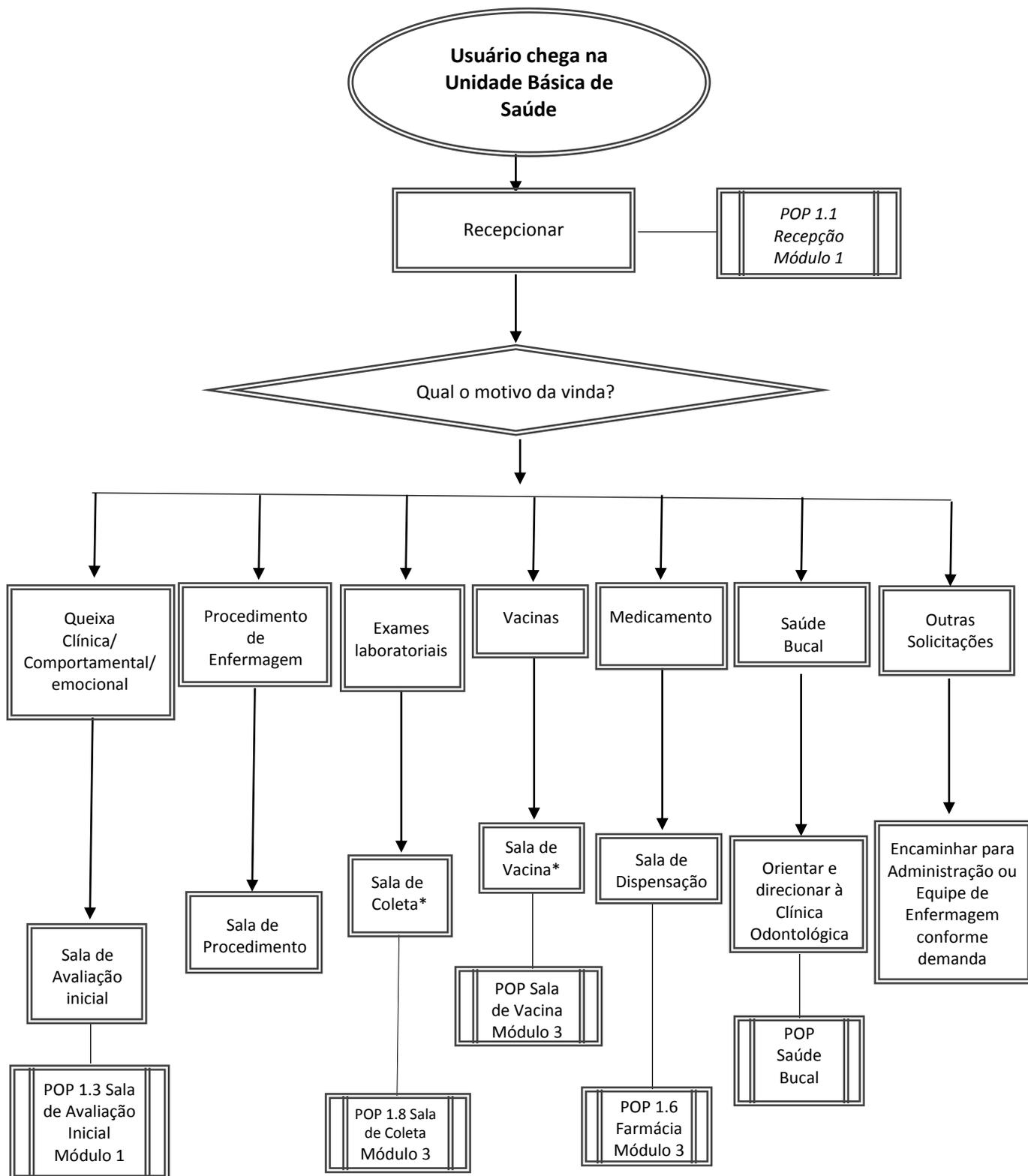
PARTE 2: Acolhimento e primeiro atendimento na Atenção Primária à Saúde

A Política Nacional de Humanização (PNH) define o acolhimento como um modo de operar nos processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, visando identificar necessidades, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

O acolhimento consiste em escutar a queixa, os medos e as expectativas do usuário, atentar para possíveis riscos e vulnerabilidade, perceber a avaliação do próprio usuário em relação ao seu estado, prestando um atendimento resolutivo, orientando / encaminhando, quando for o caso, para outros profissionais na própria Unidade Básica de Saúde.

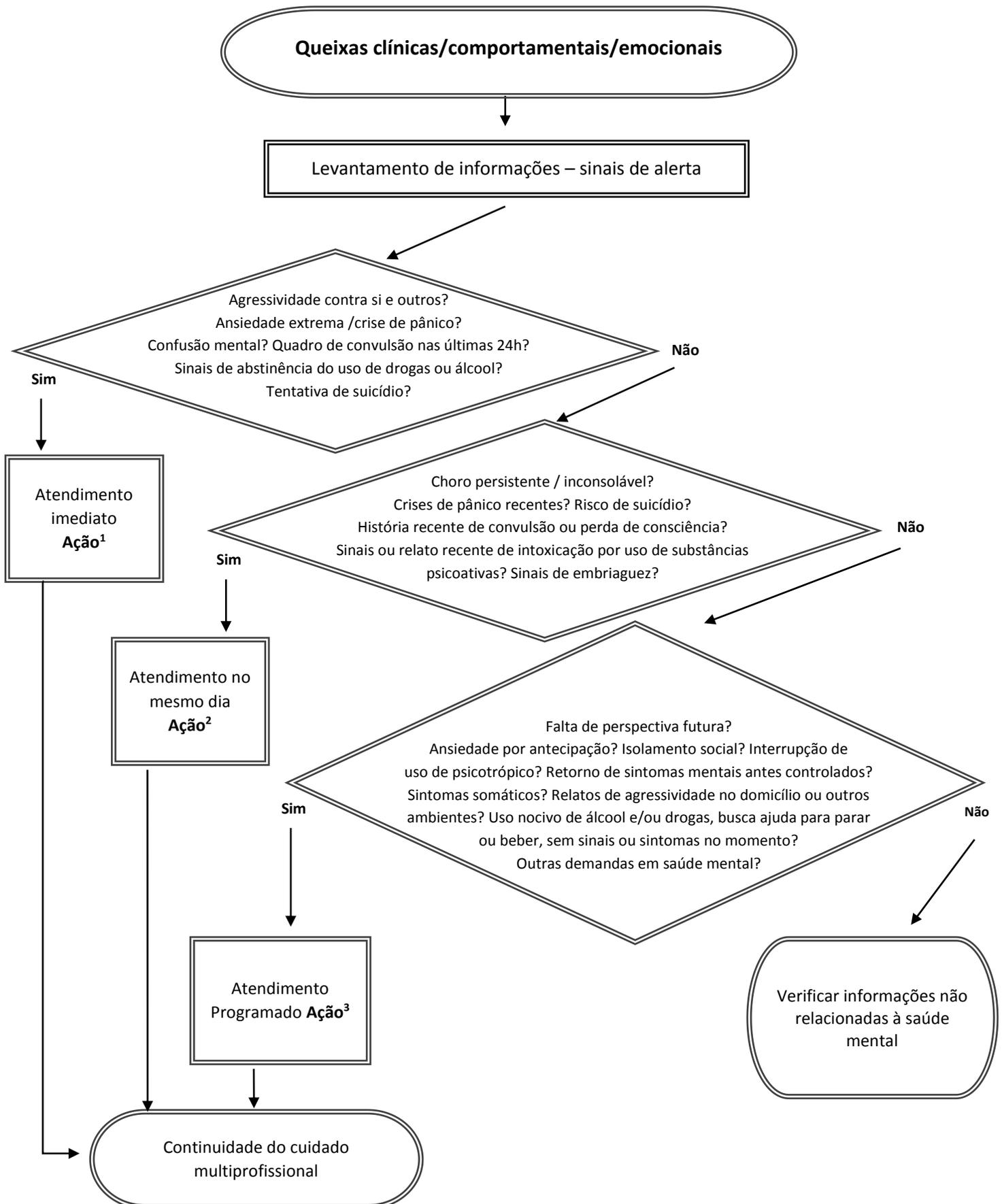
A partir do acolhimento inicial cabe ao auxiliar/técnico de enfermagem observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação.

Fluxograma 1: Acolhimento do usuário na Unidade Básica de Saúde.



*Algumas UBS organizam o fluxo de usuários por meio de senhas.

Fluxograma 2: Sinais de alerta no acolhimento



Levantamento de informações:

- Acolher, escutar a queixa e as expectativas do usuário.
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas.
- Verificar sinais vitais.

Sinais de alerta para ATENDIMENTO IMEDIATO:

- Agressividade contra si e outros colocando em risco a integridade física do usuário ou de terceiros
- Ansiedade extrema /crise de pânico (dor no peito, formigamento nas mãos e falta de ar)
- Confusão mental
- Quadro de convulsão nas últimas 24h
- Sinais de abstinência do uso de drogas ou álcool (vômitos, tremores intensos, alucinações)
- Tentativa de suicídio

Ação¹:

Encaminhar para consulta médica para estabilização imediata do quadro agudo e na continuidade do cuidado estratificar o risco. (Capítulo 3 da Linha Guia da Saúde Mental)

Monitorar os dados vitais.

Obs: Na ausência de suporte médico ou técnicos necessários, a equipe deve acionar o SAMU.

Sinais de alerta para ATENDIMENTO NO MESMO DIA:

- Choro persistente / inconsolável: *aplicar instrumento de apoio nº 4*
- Crises de pânico recentes: *aplicar instrumento de apoio nº 3*
- História recente de convulsão ou perda de consciência
- Sinais ou relato recente de intoxicação por uso de substâncias psicoativas (medicamentos e substâncias)
- Risco de suicídio (relato de pensamento de morte com planejamento atual): *aplicar instrumento de apoio nº 1*
- Sinais de embriaguez: *aplicar instrumento de apoio nº 2*

➤ Ação²:

-
- Agendar para o mesmo dia consulta com Enfermeiro, Médico ou Psicólogo para estratificação de risco e planejamento da continuidade do cuidado. (Capítulo 3 da Linha Guia da Saúde Mental)
 - Aplicar instrumentos de apoio para identificação de depressão, ansiedade, risco de suicídio ou uso nocivo de álcool. (Página 24 - 26)

Sinais de alerta para ATENDIMENTO PROGRAMADO:

- Falta de perspectiva futura: *aplicar instrumento de apoio nº 4*
- Ansiedade por antecipação: *aplicar instrumento de apoio nº 3*
- Isolamento social (evita sair de casa, evita contato com outros): *aplicar instrumento de apoio nº 4*
- Interrupção de uso de psicotrópico
- Retorno de sintomas mentais antes controlados
- Sintomas somáticos (dores no corpo/queixas físicas relacionadas a causas emocionais): *aplicar instrumento de apoio nº 3*
- Relatos de agressividade no domicílio ou outros ambientes
- Uso nocivo de álcool e/ou drogas, busca ajuda para parar ou beber, sem sinais ou sintomas no momento: *aplicar instrumento de apoio nº 2*
- Outras demandas em saúde mental com ausência dos critérios citados anteriormente.

Ação³:

Agendar consulta eletiva com Enfermeiro, Médico ou Psicólogo para estratificação de risco e planejamento da continuidade do cuidado. (Capítulo 3 da Linha Guia da Saúde Mental)

Aplicar instrumentos de apoio para identificação de depressão, ansiedade, risco de suicídio ou uso nocivo de álcool. (Página 24 - 26)

Cuidado multiprofissional: Cabe aos profissionais das diferentes categorias profissionais:

- Realizar busca ativa no caso de não comparecimento às consultas agendadas.

- Acompanhar longitudinalmente, atentando para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção.
- Estimular a participação em atividades na Unidade de Saúde.
- Divulgar o Programa Escute Seu Coração, incentivando o autocuidado.
- Avaliar a situação vacinal conforme Programa Nacional de Imunização (PNI) e indicar as vacinas necessárias para completar o esquema de acordo com a idade.
- Incentivar o uso do Aplicativo Já.

Instrumentos de apoio conforme sinais de alerta:

Tabela 2: Avaliação de risco de suicídio

<u>AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO</u>		
1) Você pensou que seria melhor estar morto?	(1)	Risco de suicídio (somar os pontos): <ul style="list-style-type: none"> • 1-5: leve; • 6-9: moderado; • 10-33: elevado <p>Lembre-se: O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio.</p>
2) Você quer fazer mal a si mesmo?	(2)	
3) Você tem pensado em se suicidar?	(6)	
4) Você tem planejado uma maneira de se suicidar?	(10)	
5) Você tentou o suicídio (recentemente)?	(10)	
6) Você já fez alguma tentativa de suicídio (em sua vida)?	(4)	

Fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro. CEPESC, 2009. 6 p.

Tabela 3: Uso nocivo de Álcool (CAGE)

USO NOCIVO DE ÁLCOOL (CAGE)
<p>C (cut) – Você já considerou beber menos ou parar de beber?</p> <p>A (annoyed) – Pessoas o tem perturbado por criticá-lo por beber?</p> <p>G (guilty) – Você tem se sentido culpado ou mal por beber?</p> <p>E (eye opener) – Você bebido logo pela manhã, ao acordar, para aliviar os nervos ou a ressaca?</p> <p><i>Se pelo menos duas respostas forem positivas direcionar usuário para consulta específica para alcoolismo e drogas para início de desintoxicação e/ou outros encaminhamentos.</i></p>

Fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro. CEPESC, 2009. 6 p.

Tabela 4: Triagem para Ansiedade

TRIAGEM PARA ANSIEDADE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Você tem se preocupado demais? 2. Você tem se sentido esgotado, tenso? 3. Você tem se sentido muito irritado(a) ou com “problema nos nervos”? 4. Você tem tido dificuldade em relaxar? <p>Se houver pelo menos dois ‘sim’, faça as perguntas a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir? B. Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal estar na cabeça? C. Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batedeira etc. (sintomas autonômicos)? D. Você está preocupado com sua saúde? E. Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas? <p><i>Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade. Pode-se orientar o usuário participar de atividades coletivas (atividade física, saúde mental), e casos de maior risco, agendar consulta para avaliação do médico assistente.</i></p>

Fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro. CEPESC, 2009. 6 p.

Tabela 5: Triagem para depressão

<u>TRIAGEM PARA DEPRESSÃO</u>
<p>1. Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?</p> <p>2. Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente?</p> <p>Se houver menos uma resposta 'sim', faça as perguntas a seguir:</p> <p>A - Seu apetite mudou de forma significativa?</p> <p>B - Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para dormir, acordar no meio da noite, dormir demais)?</p> <p>C - Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?</p> <p>D - Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?</p> <p>E - Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?</p> <p>F - Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?</p> <p>G - Teve por várias vezes pensamentos ruins, como seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?</p>
<p>Se "sim" em 1 ou 2 + "sim" em qualquer um de A à G, há risco de depressão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 e 4 respostas positivas - depressão leve (pode ser indicado participar de grupos de apoio no território da UBS) ➤ 5 a 7 respostas positivas - depressão moderada (passar por avaliação médica e/ou apoio NASF Psicologia/Psiquiatria) ➤ Risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas - depressão grave <p>Em caso de depressão: Avaliar risco de suicídio</p>

Fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro. CEPESC, 2009. 6 p.

PARTE 3: A Estratificação de Risco em Saúde Mental

A Estratificação de Risco em Saúde Mental deve seguir parâmetros de acordo com os sinais e sintomas apresentados, que poderão auxiliar na definição do nível de atenção em que deverá ocorrer a assistência em saúde no momento em que é aplicada. Tal prática pode prevenir e impedir recorrências que possam agravar o quadro levando a incapacidades, assim como diminuir o impacto da doença sobre o indivíduo, seus familiares e a sociedade.

Esse instrumento pode ser utilizado por profissionais de nível superior (médico, enfermeiro ou psicólogo) o qual possibilita o planejamento do cuidado com o usuário, na medida em que distribui a demanda de assistência nos respectivos níveis de complexidade de serviços, visando a otimização dos recursos, evitando a suboferta de cuidados em um serviço e a sobrecarga em outros.

Cabe ressaltar que nem sempre os pacientes com quadros graves e persistentes exigirão assistência em nível secundário ou terciário, assim como pacientes com quadros leves poderão em algum momento apresentar agravamento que necessite de atendimento mais especializado.

Nas situações de crise ou surto psicótico e a ocorrência recente de tentativa de suicídio (situações de urgência), a primeira medida é de estabilização do evento agudo para posteriormente estratificar e iniciar o cuidado na perspectiva longitudinal.

Para facilitar, propõe-se a estratificação de risco de acordo com os sinais e sintomas, e fatores agravantes ou atenuantes de problemas de saúde mental, seguindo tabela de pontuação, cujo somatório indicará os graus de risco apresentados (baixo, médio, alto).

Tabela 6: Estratificação de risco

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL	
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas):	
Nome e CBO do profissional (que realizou atendimento):	
Número de prontuário na UBS/ESF (cartão SUS):	Data:
Instruções de Preenchimento Circule o número correspondente ao sinal / sintoma; Realize a somatória dos números circulados; O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.	

SINAIS E SINTOMAS	PONTOS	
GRUPO I – SINTOMAS RELACIONADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS		
Queixas somáticas persistentes e/ou hipocondríacas	1	
Medo intenso	2	
Tristeza persistente acompanhada ou não de choro	2	
Desrealização (alteração da sensação de realidade do mundo exterior)	3	
Despersonalização (sensação de não reconhecimento de si próprio)	3	
Crises conversivas (dor mental que se transforma em dor física)	3	
Crise dissociativa (perda de habilidades táteis, psíquicas e neurais, como a memória, capacidades motoras e até personalidade)	3	
Pensamentos ou comportamentos repetitivos e/ou conjunto de rituais	3	
Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa	4	
Sensação de morte iminente e/ou pânico	5	
GRUPO II – SINTOMAS RELACIONADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS E PERSISTENTES		
Elevação desproporcional da autoestima	2	
Hiperatividade associada ou não a atos impulsivos	3	
Euforia	4	
Isolamento social	6	
Desinibição social e sexual	7	
DELÍRIO (pensamentos irrealis, percebidos como verdadeiros)	8	
Ideação suicida e/ou tentativa de suicídio	9	
Heteroagressividade e/ou agressividade	9	
Alteração do curso do pensamento (aceleração, lentificação ou bloqueio)	9	
Alucinação (alterações de percepção)	10	
Perda do juízo crítico da realidade	10	
GRUPO III – SINTOMAS RELACIONADOS À DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS		
Tremor associado ao hálito etílico e sudorese etílica	3	
Tolerância (necessidade de doses maiores do álcool ou droga, para sentir os mesmos efeitos)	3	
Incapacidade de redução e controle do uso de drogas	6	
Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros	6	
Delirium Tremens (sintomas graves de abstinência, que precisam de atendimento médico emergencial)	10	

GRUPO IV – SINTOMAS RELACIONADOS A ALTERAÇÕES NA SAÚDE MENTAL QUE MANIFESTAM NA INFÂNCIA E/OU NA ADOLESCÊNCIA		
Regressão	1	
Inquietação constante manifesta na infância e/ou adolescência	2	
Dificuldade manifesta na infância e/ou adolescência de compreender e transmitir informação	3	
Desatenção manifesta na infância e/ou adolescência	4	
Movimentos corporais ou comportamentais estereotipados	5	
GRUPO V – SINTOMAS RELACIONADOS A ALTERAÇÕES NA SAÚDE MENTAL QUE SE MANIFESTAM NOS IDOSOS		
Perda de memória	3	
Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social	4	
Desorientação temporal e espacial	5	
GRUPO VI – FATORES QUE PODEM SE CONSTITUIR EM FATORES AGRAVANTES OU ATENUANTES DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL		
Exposição continuada ao estresse	3	
Precariedade de suporte social	3	
Vulnerabilidade econômica e ambiental	3	
Comorbidade ou outra condição crônica associada	3	
Resistência ao tratamento e/ou refratariedade	4	
Testemunha de violência	4	
Precariedade de suporte familiar	6	
Perda de funcionalidade familiar e/ou afetiva	6	
Abandono e/ou atraso escolar	6	
Autor ou vítima de violência	8	
Recorrência ou recaída	9	
Uso abusivo de substâncias psicoativas	10	
Faixa etária > 6 anos e < de 18 anos	10	
Pontuação Total		

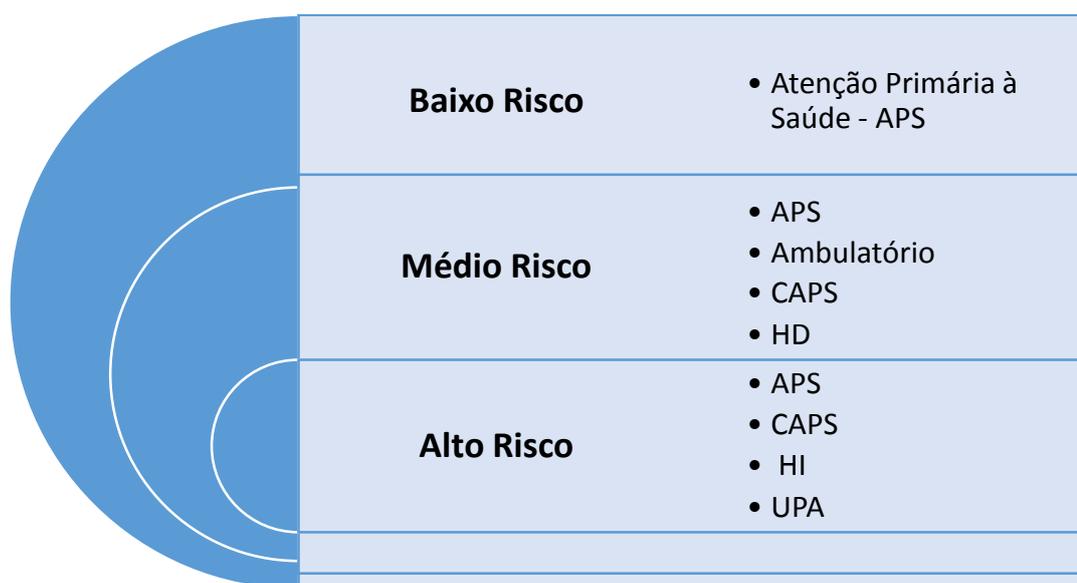
- () 0 a 30 pontos - **BAIXO RISCO**
 () 31 a 50 pontos - **MÉDIO RISCO**
 () 51 a 236 pontos - **ALTO RISCO**

Fonte: PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Oficina do APSUS: Formação e Qualificação Profissional em Atenção Primária.** Oficina 8 Saúde Mental. 2014

PARTE 4: Critérios de encaminhamento para os diferentes pontos de atenção à Saúde Mental em Curitiba (RAPS)

A realização da estratificação de risco poderá auxiliar o profissional na elaboração do plano de cuidado do usuário, definindo assim a conduta e o local mais adequado para o seu cuidado.

Figura 4: Estratificação de risco e pontos de atenção



Fonte: SMS - Coordenação de Saúde Mental

Neste processo, faz-se necessário conhecer os diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial, suas ofertas de cuidado, critérios e fluxos de encaminhamentos. Para tanto, pode-se contar com o apoio matricial realizado pelos psiquiatras e psicólogos do NASF e/ou profissionais de referências dos CAPS e ambulatórios.

Para definição do melhor ponto de atenção, deve ser feita uma avaliação individualizada do caso, considerando além da estratificação de risco as especificidades de cada ponto de atenção da RAPS que possa melhor atendê-lo.

De um modo geral, para os usuários identificados com menor risco, o mais indicado é que sejam atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), com tecnologias leves, de autocuidado apoiado, grupos operativos e de apoio e atendimentos individuais.

De acordo com Merhy (2002) as tecnologias leves são: “tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho”.

Neste sentido, no campo relacional e dinâmico estabelecido nas práticas de cuidado na APS, as tecnologias leves permitem o reconhecimento e a satisfação das necessidades dos indivíduos, contribuindo para um cuidado humanizado e contextualizado. Quando necessário, casos identificados como médio e alto risco podem ser encaminhados para a atenção secundária ou terciária.

Desta forma, elabora-se uma linha de cuidado em saúde mental para o usuário, considerando as suas particularidades, sendo necessário pactuar o compartilhamento das ações e a corresponsabilização do cuidado entre a APS, família e demais pontos da RAPS (ambulatório, CAPS e Hospital). Para promoção da comunicação e articulação em rede, é importante a participação sistemática dos profissionais envolvidos nos espaços formais já constituídos como os Grupos Condutores Distritais e os Colegiados organizados nos territórios.

Ressalta-se que cada ponto de atenção é caracterizado por sua especificidade, apresentando critérios para encaminhamento/tratamento, bem como fluxos organizativos, conforme apresentados a seguir:

A. Ambulatórios em Saúde Mental

Os Ambulatórios em Saúde Mental ofertam consultas nas especialidades de psicologia e psiquiatria para usuários que apresentam sofrimento psíquico significativo e/ou transtornos mentais moderados com demandas pontuais ou necessidades de cuidado além do manejo disponível na APS.

Estes usuários são inicialmente acolhidos em seu território, na UBS, sendo encaminhados para atendimento de suporte e estabilização do quadro apresentado, após discussão do caso e qualificação da demanda. Este encaminhamento é adequado quando não configurado necessidade de cuidado em CAPS ou Hospital (dia ou integral).

Tabela 7: Critérios de encaminhamento ambulatorial

Psiquiatria Adulto	Psicologia Adulto	Psiquiatria e Psicologia Infantil
<p>a) Transtornos de humor graves: Monitoramento de casos estabilizados de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), com histórico de episódios de mania; acompanhamento de períodos de reagudização / recorrência que não demandem acompanhamento em CAPS / hospital;</p> <p>b) Transtornos de ansiedade graves: Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e Transtorno de Estresse pós Traumático (TEPT).</p> <p>c) Transtornos alimentares (Anorexia Nervosa, Bulimia e compulsões alimentares);</p> <p>d) Psicoses: Primeiro Episódio Psicótico (PEP); Esquizofrenia Refratária (ER); períodos de reagudização que não demandem acompanhamento em CAPS/ hospital;</p> <p>e) Manejo e estabilização de sintomatologia psiquiátrica de pacientes portadores de déficit intelectual.</p> <p>f) Manejo e estabilização de sintomatologia psiquiátrica de pacientes portadores de demência (após avaliação do Geriatra ou Neurologista).</p> <p>g) Gestantes com patologia psiquiátrica de difícil manejo pelo clínico.</p>	<p>a) Situações de violência (física/psicológica/sexual);</p> <p>b) Luto patológico;</p> <p>c) Transtornos de ansiedade generalizada (TOC, TEPT, fobias, Pânico);</p> <p>d) Depressão crônica;</p> <p>e) Transtorno afetivo bipolar (crise/com adesão ao tratamento e sem maior gravidade ou risco)</p> <p>f) Transtornos alimentares (bulimia/ compulsão alimentar e sem maior gravidade ou risco)</p> <p>g) Transtornos de personalidade (esquizóide, anancástica, borderline)</p> <p>h) Transtornos dos hábitos e impulsos (jogo patológico, cleptomania);</p> <p>i) Sexualidade (disfunções sexuais);</p> <p>j) Necessidade de Elaboração de limitações por adoecimento /acidentes (HIV/CA);</p> <p>h) Gestantes com sofrimento psíquico significativo.</p>	<p>a) Comportamento agressivo frequente;</p> <p>b) Alterações de humor (tristeza excessiva ou euforia);</p> <p>c) Sintomas fóbicos;</p> <p>d) Alteração marcante do comportamento;</p> <p>e) Ideação suicida (sem maior gravidade ou risco);</p> <p>f) Transtornos alimentares (bulimia/ compulsão alimentar e sem maior gravidade ou risco);</p> <p>g) Violência sexual/psicológica e física;</p> <p>h) Alteração do comportamento /desenvolvimento compatíveis com transtorno do espectro autista –TEA.</p>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental

O modelo ambulatorial caracteriza-se por ser retaguarda às equipes do NASF, sendo integrado e com sua prática voltada à intervenção breve. A regulação do acesso a este ponto de atenção é realizada pelo profissional do NASF, de acordo com a especialidade (Psicologia, Psiquiatria).

As equipes dos Ambulatórios devem encaminhar informações dos usuários inseridos, em processo de alta, além de participar de reuniões sistemáticas entre as equipes para as articulações necessárias durante o tratamento ambulatorial. Quando da alta, é necessária a continuidade do acompanhamento longitudinal do caso pela equipe da Unidade de Saúde, evitando dessa forma reagudizações e reencaminhamentos à serviços especializados.

B. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) consolidam-se no cuidado dos usuários que apresentam transtorno mental moderado/grave e/ou dependência química, que necessitem de reabilitação psicossocial, através da atenção multiprofissional, e auxílio na retomada das suas atividades diárias, promovendo autonomia, convívio familiar e evitando, sempre que possível, o internamento. Os CAPS também auxiliam no manejo e gerenciamento de crises e ofertam ao usuário espaço terapêutico para aprofundamento da escuta e apoio para manutenção de sua funcionalidade nas diferentes áreas da vida, compartilhando o cuidado com a família e outros pontos de atenção. Devem realizar sua prática em consonância com o preconizado no documento Diretrizes Institucionais dos CAPS de Curitiba (Coordenação de Saúde Mental, 2018).

- Formas de comunicação entre a Atenção Primária à Saúde e CAPS:

Preconiza-se que haja comunicação entre às equipes dos CAPS e da Atenção Primária à Saúde a fim de orientar os usuários e compartilhar o cuidado, conforme as orientações a seguir:

- Quando do encaminhamento do usuário ao CAPS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem utilizar a Guia de Encaminhamento para Acolhimento com os dados preenchidos adequadamente a fim de auxiliar no procedimento de acolhimento a ser realizado.
- Após acolhimento, no caso do usuário não ter indicação para o tratamento em CAPS, o profissional do CAPS deverá discutir o caso com o encaminhador e realizar

a transferência de cuidado através da Guia de Transferência de Cuidado, por meio físico ou eletrônico, com resumo do acolhimento inicial, justificativa para não inserção no serviço e indicativo do recurso terapêutico mais adequado a necessidade apresentada.

- Os CAPS devem encaminhar para as UBS regularmente informações sobre usuários que foram acolhidos, os que estão em tratamento e aqueles que receberam alta.
- Cabe ao CAPS articular espaços formais (Colegiados) para discussão sobre o Projeto Terapêutico Singular - PTS do usuário e promoção de ações referentes à integralidade do cuidado.
- A comunicação entre os CAPS e UBS podem acontecer rotineiramente por contato telefônico, e-mail, ou outros recursos disponíveis de fácil acesso, agilizando o processo de troca de informação.

C. Hospital Especializado

O Hospital Integral presta atendimento à usuários de alto risco, após esgotados os outros recursos terapêuticos da rede, encaminhados para internamento após avaliação de equipe da APS, Ambulatório, CAPS ou UPA, seguindo recomendações da Lei.10.216 (anexo), sendo:

- **Internação voluntária**: aquela que se dá com o consentimento do usuário. Nesta situação a pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.
- **Internação involuntária**: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. É de responsabilidade da saúde, principalmente na figura do médico que deve identificar os riscos para o paciente ou a terceiros. Este tipo de internação deverá, no prazo de setenta e duas horas (72h), ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento hospitalar no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. O término da internação involuntária ocorrerá por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

- **Internação compulsória**: aquela determinada pela justiça, quando não se logrou nenhuma das modalidades anteriores. É de responsabilidade da justiça, principalmente na figura do juiz, que determina, de acordo com a legislação vigente, o internamento levando em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. O pedido de internamento psiquiátrico compulsório não tem origem nos equipamentos de saúde, apesar de muitas vezes haver uma avaliação médica prévia a esta modalidade de internamento. Os casos de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas (24h) da data da ocorrência.

- Fluxo para solicitação de vagas para leitos hospitalares:

A solicitação de vagas em hospital integral ou hospital dia se dá após avaliação médica que identifica os critérios para internamento. Esta solicitação deve ser realizada via prontuário eletrônico (e-saúde), e atualizada diariamente por contato telefônico com a Central de Leitos Psiquiátricos (CLP) após reavaliação do quadro, reafirmando a indicação de internamento se necessário.

Os CAPS, que ainda não têm acesso ao sistema, podem solicitar as vagas diretamente através de contato telefônico com a CLP. O contato telefônico deve ser feito preferencialmente pelo médico que solicitou a vaga ou por outros membros da equipe, desde que munidos dos dados pessoais do usuário (nome completo, data de nascimento, nome da mãe, Unidade de Saúde de referência), da evolução médica em prontuário com indicação de internamento, fornecimento do CRM do médico, CID10, história clínica e sinais vitais. A atualização do pedido da vaga é importante para definição dos casos prioritários nos encaminhamentos às vagas hospitalares disponibilizadas.

Enquanto a vaga não é liberada, tendo em vista que usuários com indicação de internamento encontram-se agudizados, em situação de risco e vulnerabilidade necessitando atenção integral, é importante informar as estratégias de cuidado que foram realizadas, no momento da atualização na CLP.

Nas solicitações de internamentos (involuntários ou compulsórios) o médico precisa definir a modalidade deste internamento no momento da solicitação, via prontuário

eletrônico. Quando compulsório, e o mandado judicial estiver em mãos da equipe solicitante, este deverá ser escaneado e encaminhado para o e-mail da CLP.

Ao ser disponibilizada a vaga para internamento integral os seguintes documentos são necessários: encaminhamento assinado pelo médico, resultados de exames laboratoriais (recentes), prescrição de medicamentos, mandado judicial (se for o caso) e documento de identificação (com foto) do paciente e do familiar que estará acompanhando a entrada no internamento.

É de responsabilidade do gestor local avisar e organizar, se necessário, os demais pontos da rede envolvidos (Unidade Básica de Saúde - UBS, Distrito Sanitário - DS, Conselho Tutelar - CT, Vara da Infância, Centro Socioeducativo - CENSE, Consultório na Rua - CR, Unidade de Acolhimento Institucional - UAI, Guarda Municipal, Polícia Militar e Serviço de Atendimento médico de Urgência - SAMU) para a efetivação do internamento.

Quando a vaga ofertada for para hospitais fora do município de Curitiba a responsabilidade para a solicitação do transporte ficará ao encargo da CLP junto ao Departamento de Urgência e Emergência (DUE), porém a logística envolvendo os demais pontos da rede será por parte do gestor do caso.

Tendo em vista a importância de garantir a continuidade do cuidado integral do paciente, os hospitais devem encaminhar para a CLP relatório de previsão de altas com antecedência mínima de 01 semana, para articulação da continuidade do cuidado em dispositivo extra hospitalar e realização de discussão de casos articulada com representantes da APS/NASF, CAPS e outros atores intersetoriais, sempre que necessário, durante o período do internamento face a vulnerabilidades sociais identificadas. Também a informação dos pacientes que receberam alta serão encaminhadas para as UBS via sistema e-saúde, nos hospitais com o sistema implantado.

PARTE 5: Diretrizes Clínicas para a Atenção em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Sendo os problemas de saúde mental em sua maioria considerados condições crônicas de saúde e tendo em vista este conceito, esta Linha Guia da Saúde Mental objetiva orientar as ações e práticas conforme as disponibilidades de recursos existentes neste município, considerando os transtornos mentais nos seguintes grupos:

- **GRUPO A – Transtornos Mentais Comuns (TMC):** também caracterizados por englobar quadros mais leves, como os transtornos de humor, ansiosos e somatoformes classificáveis nos manuais diagnósticos, além de abranger múltiplos sintomas. Causam prejuízos e incapacidades funcionais, sociais e físicas comparáveis ou mais graves que os transtornos crônicos, duas vezes mais queixas de doenças físicas, taxas de mortalidade altas quando comparados com a população em geral, além de estarem entre as mais importantes causas de morbidade na atenção primária.
- **GRUPO B – Transtornos Mentais Severos e Persistentes:** definem-se por uma gama extensa e heterogênea de características e necessidades que impactam sobre os indivíduos, tendo em comum a duração do problema, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais. Grande parte dos indivíduos aqui agrupados são portadores de transtornos de humor persistentes e transtornos psicóticos – esquizofrenia e outras psicoses.
- **GRUPO C – Dependência de Álcool e outras Drogas:** englobam o abuso e dependência de substâncias psicoativas (drogas) que quando utilizadas alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental ou psiquismo. Inclui o uso de depressores do SNC (álcool, benzodiazepínicos, opiáceos e inalantes), os psicoestimulantes (anfetaminas e cocaína/crack) e os alucinógenos (maconha, LSD e êxtase). A dependência se caracteriza por reações físicas ou psíquicas que incluem ingestão excessiva de drogas psicoativas, de modo contínuo ou periódico, para experimentar seus efeitos psíquicos e/ou evitar o desconforto de sua falta (abstinência); abandono progressivo de prazeres e interesses; persistência do uso apesar dos prejuízos decorrentes.

- **GRUPO D – Alterações na Saúde Mental que se manifestam na infância e/ ou na adolescência:** grupo heterogêneo de transtornos, ocorrendo durante a infância e/ou adolescência. Algumas destas afecções constituem síndromes bem definidas, enquanto outras são simples associações de sintomas – devem ser identificadas em função de sua frequência e de sua associação com uma alteração do funcionamento psicossocial.
- **GRUPO E – Alterações na Saúde Mental relacionados a causas orgânicas:** englobam as demências (comuns na população de faixa etária mais elevada) e distúrbios transitórios orgânicos cerebrais. Apresentam em comum a deterioração e/ou a perda progressiva das capacidades intelectuais e do funcionamento psicossocial.
- **GRUPO F – Retardo Mental (leve, moderado, grave, profundo):** englobam dificuldades de ordem intelectual que afetam a condição de vida do usuário em diferentes aspectos de funcionalidade.

Apresenta-se a seguir o quadro referencial para o Exame das Funções Psíquicas para identificação dos quadros psiquiátricos no momento da avaliação médica:

Tabela 8: Exame das Funções Psíquicas

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS
<p>1) Apresentação e comportamento: Descrever atitude do paciente, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura.</p>
<p>2) Cognição: <u>Consciência:</u> obnubilação, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagueando). <u>Orientação auto e alopsíquica</u> (local, hora, dia e data). <u>Atenção e concentração</u> dirigida e espontânea (do meio ambiente). <u>Memória imediata:</u> experiências nos últimos dias. <u>Memória remota:</u> eventos pessoais passados como escola, casamento. <u>Inteligência:</u> cálculos, leitura.</p>
<p>3) Afetividade, humor e vitalidade: Registrar a reação e sintonia afetiva entre discurso e conteúdo; Observar tendência ao choro, tristeza, euforia, desinibição. Variação do humor durante o dia, ânimo, libido; Avaliar distúrbios do sono, alteração do sono, alteração de apetite e peso e ideação suicida.</p>

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

4) Discurso: Avaliar a velocidade do discurso, sua qualidade (se é coerente) e continuidade (se há associação lógica entre temas, ideias e assuntos);

5) Conteúdo do pensamento: Investigar preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, motivos de ansiedade e medo; fobias e pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais ou estratégias para evitar ou aliviar ansiedade. Notar se há delírios (ideias patologicamente falseadas, que não encontram sustentação lógica).

6) Senso percepção: Ilusão definida como percepção sensorial alterada de um estímulo real; Alucinação que é a percepção irreal que ocorre na ausência de estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, como as verbais na terceira pessoa (mais comuns em psicoses), visuais (mais frequentes em distúrbios orgânicos), olfativas, gustatórias ou táteis; Despersonalização é a sensação de irrealidade em relação ao próprio corpo (relativamente frequente em transtornos ansiosos e depressivos).

7) Juízo e autocrítica: Juízo: alterado na ocorrência de delírios (com gradações). Para exame da autocrítica, usar perguntas como: “Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?”, “Você acha que pode estar precisando de tratamento?”

Além dessas orientações, como complemento desta Linha Guia, sugerimos a consulta ao Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas nos serviços de atenção à saúde não especializados, disponibilizado pela OMS no link:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18648/9788555060144_porr.pdf?sequence=1&isAllowed=y

1. GRUPO A – Transtornos Mentais Comuns

1.1. Transtornos de Humor

Os Transtornos do Humor caracterizam-se por rebaixamento ou elevação do humor, que é o estado afetivo de base da pessoa (pode estar rebaixado, elevado ou irritável).

Classificam-se em:

- Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e Ciclotimia.
- Transtorno Depressivo Maior e Distímia.

Episódios de perturbação do humor podem ocorrer no contexto de outros grupos de transtornos. Transtornos do Humor podem ser induzidos por algumas condições médicas gerais, bem como pelo uso de substâncias. Os casos de transtornos de humor grave e aqueles em que sejam identificadas comorbidades psiquiátricas importantes devem ser encaminhados para serviço especializado.

Ao longo do tratamento, desde a avaliação inicial, podem ser observadas situações de emergências psiquiátricas (agitação psicomotora, por exemplo) que podem ser manejadas em diversos níveis de atenção, incluindo a atenção primária. As emergências clínicas também podem acontecer, por exemplo, efeitos colaterais graves de medicações psicotrópicas (agranulocitose, arritmias cardíacas, convulsões, hepatite, hipertensão ou intoxicações) e merecem avaliação prioritária.

Em quadros de alteração de humor em adolescentes, observar que a irritabilidade é mais comum que humor deprimido.

1.1.1 Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)

Os Transtornos Bipolares caracterizam-se por alternância de episódios maníacos e depressivos ou por episódios mistos.

Manejo/Tratamento

- Se o paciente estiver em uso de antidepressivos por ocasião do surgimento de um episódio maníaco, o antidepressivo deve ser suspenso. A suspensão pode ser aguda ou gradual, dependendo da avaliação do paciente.
- Orientar o usuário quanto a: auto monitoramento dos sintomas, incluindo desencadeantes e sinais de alerta; higiene do sono e horários de trabalho.

- No adolescente, para diagnosticar transtorno afetivo bipolar, é necessário que mania esteja presente e que a euforia esteja presente na maioria dos dias e na maior parte do tempo por ao menos 07 dias. A irritabilidade contribui para o diagnóstico se for episódica, severa, não-característica e disfuncional, mas não deve ser considerada como critério diagnóstico principal.
- Em idosos, usar dosagens mais baixas de psicofármacos e estar alerta para interações e manejar comorbidades.
- Aconselhar psicoterapia em ambulatório especializado, quando indicado.
- O Carbonato de Lítio é a medicação de primeira escolha, quando existe alternância de episódios típicos e relativamente longos de mania e de depressão.
- Os anticonvulsivantes (Carbamazepina, Ácido Valpróico e Lamotrigina*) também podem ser considerados no tratamento do TAB.
- O Lítio é usado, também, para potencializar antidepressivos e para reduzir impulsos patológicos, inclusive impulso suicida, mesmo em depressão unipolar.
- Para a prevenção de suicídio, o Lítio conta com ação potente, porém faz-se necessário o uso a longo prazo e monitoramento com litemia.
- Deve fazer parte do tratamento: psicoterapia de grupo e/ou individual e educação para usuário e família, sobre o transtorno e o tratamento, melhorando os recursos do paciente para evitar recaídas e manter a saúde e bem estar a longo prazo (psicoeducação).
- Nas fases mais intensas de mania, os antipsicóticos podem ser usados de forma temporária, porém, quando há sintomas psicóticos é obrigatório o uso deles.
- A medicação deve ser preferencialmente prescrita, primeiramente, como monoterapia.
- A Carbamazepina aumenta o metabolismo e, portanto, diminui os efeitos terapêuticos de contraceptivos hormonais orais que contenham estrogênios. Reforçar o uso de outros métodos contraceptivos durante o uso dessa medicação.
- O Ácido Valpróico não deve ser prescrito, de rotina, para mulheres em idade fértil. Se não houver alternativa, contraceptivos devem ser empregados e o risco deve ser informado.

* A Lamotrigina está disponível pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná via preenchimento de laudo e justificativa técnica do psiquiatra para o diagnóstico de TAB.

- O uso de antidepressivos está sempre associado ao risco de precipitar episódios hipomaníacos ou maníacos. Orientar o usuário.
- É recomendado o uso contínuo de estabilizadores como profilaxia de novos episódios, mesmo com a remissão por períodos prolongados. Os antidepressivos, por outro lado, depois de tratar o episódio agudo, devem ser suspensos, por não existir evidências de reduzirem taxas de recaída.
- O uso de Lítio deve ser monitorado através de exame de litemia, que deve ser feito, inicialmente, a cada 04 a 08 semanas (período que pode ser, gradativamente, aumentado, especialmente em pacientes confiáveis), função tireóidea a cada 06 meses e creatinina e urinálise anualmente.
- A dose terapêutica do lítio gira em torno de 0,6 a 1,2mEq/l. No tratamento da fase aguda o nível sérico deve ser de 0,9 a 1,2 mEq/l, e na manutenção de 0,6 a 0,9 mEq/l.
- Os antipsicóticos atípicos (como a Risperidona, Olanzapina e a Quetiapina) e o anticonvulsivante Lamotrigina estão disponíveis para tratamento do transtorno bipolar através da Farmácia Especial do Estado do Paraná/SESA, após avaliação e indicação do psiquiatra seguindo protocolo estabelecido. Nesse caso, após a primeira prescrição do psiquiatra, a manutenção da medicação pode ser realizada pelo clínico geral desde que não haja alteração na dosagem.

Tabela 9: Doses terapêuticas diárias dos estabilizadores do humor disponíveis na Farmácia Curitibaana

Doses terapêuticas diárias dos estabilizadores do humor disponíveis na Farmácia Curitibaana	
Droga	Dosagem diária
Carbamazepina (200mg/comp. ou 20mg/ml)	400-1600mg (dose média 1000mg)
Carbonato de Lítio (300mg/comp.)	De acordo com litemia (dosagens acima de 1, 2 mEq/l podem ser tóxicas).
Ácido Valpróico (250mg/comp. ou 250mg/5ml)	750-1800mg (dose média 750mg)

Fonte: CORDIOLI (2015).

Tabela 10: Manejo do Transtorno Afetivo Bipolar

Manejo do Transtorno Afetivo Bipolar	
Exames Complementares	Hemograma; Provas de função renal; Provas de função hepática, Provas de função tireoidiana; Testes de gravidez; Dosagens séricas de medicamentos (Ácido Valpróico, Lítio, Carbamazepina); ECG; EEG; TC de crânio.
Diagnóstico	<p>Características dos episódios maníacos (necessário ter episódio maníaco para ser TAB):</p> <p>Exaltação do humor; Euforia; Hiperatividade; Eloquência exacerbada; Redução da necessidade do sono; Sexualidade exacerbada; Irritabilidade; Agressividade; Aceleração do pensamento; Distração; Prejuízo de desempenho nas atividades profissionais e sociais; Delírios (de grandeza e de poder); Crítica extremamente comprometida.</p> <p>Características dos episódios depressivos:</p> <p>Diminuição na capacidade de atenção e de concentração; Perda de autoestima e de autoconfiança; Sentimento de culpa e de inutilidade; Distúrbios do sono (ato de despertar mais cedo que o habitual); Alterações do apetite (diminuição); Diminuição do interesse sexual.</p>
Tratamento	<p>Esclarecimentos aos usuários e familiares sobre a doença e sua evolução, para mútua cooperação no tratamento;</p> <p>Psicoterapia;</p> <p>É importante a avaliação do risco de suicídio, casos mais graves que demandam vigilância do usuário podem requerer a internação em ambiente hospitalar.</p> <p>Farmacoterapia.</p>

Encaminhamento	<p>Encaminhar para o Hospital da sua referência, através da Central de Regulação de Leitos Psiquiátricos: Os usuários mais graves que apresentem risco pessoal e a terceiros (tentativa de suicídio, auto e heteroagressividade).</p> <p>Encaminhar para o serviço de atenção secundária (Ambulatório ou CAPS) de sua referência: Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem psicoterapia e/ou atendimento psiquiátrico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS.</p> <p>Critérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde: Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular. Acompanhamento de dosagens séricas de Lítio, após mudanças na posologia, ou a cada 4 a 8 semanas, se paciente estiver em quadro estável.</p>
-----------------------	--

1.1.2 Episódio Maníaco

Em um episódio maníaco o paciente apresenta humor excessivamente animado, exaltado, eufórico com mostras de alegria exagerada ou de muita irritabilidade. A existência de três ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes por, no mínimo, uma semana:

- Autoestima inflada (paciente tem sentimento de grandiosidade, imaginando-se importante e conceituado).
- Insônia e/ou diminuição da necessidade de sono.
- Paciente fica muito “falante” com pensamentos acelerados.
- Fuga de ideias (paciente muda de assunto rapidamente e várias vezes durante a consulta).
- O paciente distrai-se facilmente.
- Aumento de atividades dirigidas a objetos (inicia várias atividades ao mesmo tempo sem conseguir concluí-las).

- Envolvimento excessivo com atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (impulso sexual exacerbado, gastos excessivos, comportamentos de risco, começar a consumir drogas...)
- Em alguns casos os pacientes podem ter crenças irreais sobre as próprias características ou poderes. Acreditam possuir muitos dons, poderes especiais ou ideias delirantes (sintomas psicóticos) que podem trazer riscos e até levá-los a morte.

1.1.3 Episódios Depressivos

O Transtorno Depressivo Recorrente se caracteriza por um ou mais episódios depressivos (ao menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse e sintomas adicionais de depressão).

Indivíduos que estão vivenciando pelo menos um segundo episódio de depressão são classificados com transtorno depressivo maior, recorrente.

O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser descartado em um paciente com transtorno depressivo. Caso ocorra, o diagnóstico deve ser alterado para transtorno afetivo bipolar.

Tabela 11: Critérios diagnósticos dos episódios depressivos, adaptado da CID-10

Sintomas fundamentais	Sintomas acessórios
<ul style="list-style-type: none"> • Humor deprimido • Perda de interesse • Fatigabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentração e atenção reduzidas • Autoestima e autoconfiança reduzidas • Ideias de culpa e inutilidade • Visão desolada e pessimista do futuro • Ideias ou atos auto lesivos ou suicidas • Sono perturbado • Appetite diminuído

Fonte: CID-10

- Os antidepressivos são efetivos no tratamento da Distímia (em doses terapêuticas para transtornos depressivos).
- Todos os antidepressivos são eficazes, variando conforme o perfil de efeitos colaterais, o potencial de interação com outros medicamentos e a resposta individual.

- O início da resposta ao tratamento com antidepressivo ocorre entre duas a quatro semanas após o início do uso. É importante orientar o usuário a este respeito, e também quanto ao surgimento de efeitos colaterais.
- Pacientes com história pregressa ou familiar de episódios de mania estão mais sujeitos a Virada Maníaca com uso de antidepressivos, devendo ser considerado uso de estabilizadores do humor, de acordo com o grau de risco.
- Pacientes com ideação suicida importante, mas sem inclinação para tentativas podem, com uso de antidepressivos, estar sujeitos a maior risco de suicídio, devendo receber atenção mais intensiva.
- Para quadros depressivos, especialmente leves e moderados, a atividade física tem um impacto clinicamente significativo na redução dos sintomas depressivos. Idosos e indivíduos com problemas orgânicos de saúde (com liberação médica) também podem se beneficiar da atividade física.

Tratamento farmacológico dos transtornos depressivos:

- **Fase aguda:** reduzir os sintomas depressivos (resposta) ou, idealmente, retorno ao nível de funcionamento pré-mórbido (remissão). Corresponde aos 2 a 3 meses iniciais.
- **Fase de continuação:** manter a melhoria obtida e evitar a reagudização do episódio. Corresponde aos 4 a 6 meses que se seguem ao tratamento da fase aguda.
- **Fase de manutenção:** evitar a recorrência, sendo importante em usuários que já tenham apresentado recorrências anteriores. Deve ser mantida a longo prazo. Após o término do tratamento, a retirada da medicação deve ser gradual (25mg ao mês, no caso da amitriptilina), e iniciada pelo menos 6 meses após a remissão do quadro.

Tabela 12: Informações gerais sobre as drogas utilizados no tratamento dos transtornos depressivos

Classe farmacológica	Droga	Apresentação	Dose diária para adultos
Tricíclicos	Amitriptilina	25mg	75-300mg
ISRS	Fluoxetina	20mg	20-80mg

Fonte: CORDIOLI (2015).

Tabela 13: Manejo Transtorno Depressivo

Manejo Transtorno Depressivo	
Exames Complementares	Hemograma; Provas de função renal; Provas de função hepática; Provas de função tireoidiana; Testes de gravidez; ECG; EEG; TC de crânio.
Diagnóstico	Quadro clínico + exames complementares.
Tratamento	Esclarecimentos aos usuários e familiares sobre a doença e sua evolução, para mútua cooperação no tratamento; Psicoterapia; É importante a avaliação do risco de suicídio, casos mais graves que demandam vigilância do usuário podem requerer a internação em ambiente hospitalar. Farmacoterapia.
Encaminhamento	<p>Encaminhar para o Hospital da sua referência: Os usuários que apresentem risco pessoal e desenvolvem quadro grave com sintomas psicóticos de difícil manejo e ideação ou tentativa recente de suicídio</p> <p>Encaminhar para o serviço de atenção secundária (Ambulatório ou CAPS) de sua referência: Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem psicoterapia e/ou atendimento psiquiátrico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS.</p> <p>Critérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde: Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular.</p>

1.1.4 Transtorno de Humor Persistentes

A. Ciclotimia

Alterna episódios hipomaníacos com períodos de humor depressivo, mas que não chegam a caracterizar um Transtorno Depressivo, durante pelo menos dois anos.

B. Distimia

Caracteriza-se pelo humor deprimido, porém, por duração de ao menos dois anos e de menor intensidade, com sintomas adicionais menos intensos e com menor prejuízo funcional.

1.2 Transtornos Neuróticos, relacionados ao Estresse e Somatoformes

1.2.1 Transtornos Fóbico Ansiosos

A. Agorafobia

Grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou avião. A presença de um transtorno de pânico é frequente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia.

Entre as características associadas, acham-se frequentemente sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais. As condutas de evitação comumente são proeminentes na sintomatologia.

B. Fobia Social

Medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de uma perda da autoestima e de um medo de ser criticado. As fobias sociais podem se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, sendo que o paciente por vezes está convencido que uma ou outra destas manifestações secundárias constitui seu problema primário. Os sintomas podem evoluir para um ataque de pânico.

C. Fobias Específicas (isoladas)

Fobias limitadas a situação altamente específicas tais como a proximidade de determinados animais, locais elevados, trovões, escuridão, viagens de avião, espaços fechados, utilização de banheiros públicos, ingestão de determinados alimentos, cuidados odontológicos, ver sangue ou ferimentos, entre outros. Ainda que a situação desencadeante seja inofensiva, o contato com ela pode desencadear um estado de pânico como na agorafobia ou fobia social. Inclui: Acrofobia, Claustrofobia, Fobia(s) (de)animais.

1.2.2 Transtorno de Pânico

Caracterizado pela presença de ataques de pânico inesperados que ocorrem de forma recorrente. Esses ataques são caracterizados por surgimento abrupto (em minutos)

de intensa sensação de medo ou grande desconforto que ocorrem associados a sintomas físicos, dissociativos ou cognitivos.

Podem apresentar irritabilidade, inquietação, expectativa apreensiva, tensão muscular, dispneia, sensação de asfixia e de desmaio, vertigem, palpitações, tremores, sudorese, náuseas, desconforto abdominal, despersonalização, parestesias, ondas de calor ou frio, dor e/ou desconforto no peito, medo de morrer ou enlouquecer (crises que duram geralmente minutos).

Os ataques de pânico são seguidos de preocupação persistente sobre ter outros ataques ou preocupações acerca de suas consequências (ansiedade antecipatória) e/ou alterações comportamentais relacionadas aos ataques, geralmente tentando evitar situações, eventos ou pessoas que remetam, de alguma forma, aos ataques.

Sintomas depressivos também são frequentes (80% dos casos) acompanhados ou não de déficit na atenção e memória; fadiga e insônia inicial e intermediária.

Tabela 14: Manejo Transtorno de Pânico

Manejo Transtorno de Pânico	
Exames Complementares	ECG; Hemograma; Provas de função tireoidiana; Provas de função renal; Provas de função hepática.
Diagnóstico	Diagnóstico Eminentemente clínico.
Tratamento	<p>Psicoterapia;</p> <p>Medicamentos (com retirada gradual, após 6 a 12 meses sem sintomatologia);</p> <p>Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS) – 1ª Linha de tratamento – Fluoxetina (20 a 60 mg/d). Considerar uso de outros ISRS</p> <p>Benzodiazepínicos (para alívio dos sintomas, a curto prazo) – 2ª Linha de tratamento. Considerar uso para casos de sintomas intensos (há risco de abuso) – Diazepam (5mg a 40 mg/d). Considerar também Clonazepam* 0,5 mg/d ou Alprazolam* 0,75 mg/d (doses médias)</p> <p>Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina (ISRSNA) - Venlafaxina* 150 mg/dia (iniciar gradualmente – este medicamento pode elevar níveis pressóricos).</p>

* Medicação não padronizada na Farmácia Curitibana. Indicar o uso apenas se os recursos disponíveis no SUS forem tentados e esgotados.

Tratamento	<p>Bupirona* (iniciar com 5mg, e ajustar a cada 3 dias até 15mg/dia por no mínimo 3 semanas. A resposta é mais lenta que os benzodiazepínicos, porém melhor tolerado);</p> <p>Pregabalina* 150 a 600 mg/dia;</p> <p>Betabloqueadores, em caso de muitos sintomas somáticos;</p> <p>Antidepressivos tricíclicos, principalmente Imipramina* 150 mg/d ou Clomipramina* 150 mg/d (doses médias);</p> <p>Antipsicóticos (em baixas doses).</p>
Encaminhamento	<p>Encaminhar para o serviço de atenção secundária (Ambulatório ou CAPS) de sua referência:</p> <p>Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem psicoterapia e/ou atendimento psiquiátrico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS.</p> <p>Crítérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde:</p> <p>Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular.</p>

Tabela 15: Outros Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina – ISRS

Outros Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina – ISRS	
ISRS	DOSE MÉDIA
Fluoxetina	40 mg/dia
Paroxetina*	40 mg/dia
Sertralina*	100 mg/dia
Fluvoxamina*	100 mg/dia
Citalopram*	20 mg/dia
Escitalopram*	15 mg/dia

1.2.3 Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

O TAG é caracterizado por ansiedade e preocupações excessivas relacionadas a diversos eventos, circunstâncias e/ou situações da vida diária. A ansiedade não é

facilmente controlada, causando sofrimento, prejuízos ou incapacitações importantes na vida do indivíduo. O excesso de preocupação pode ser acompanhado por inquietude, dificuldades de concentração, lapsos de memória, alterações no sono, fadiga, irritabilidade e tensão muscular, além de outros sintomas somáticos.

Exames complementares, tratamento e encaminhamentos seguem mesmo padrão de Transtorno de Pânico.

1.2.4 Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)

Transtorno caracterizado por ideias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes, que em geral perturbam muito o sujeito, que tenta resistir a elas, mas sem sucesso. A pessoa reconhece que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e, em geral, desprazerosos.

Teorias etiológicas se apoiam em bases psicanalíticas, cognitivas, traumáticas, genéticas (proteínas envolvidas em processo autoimune) e pós infecciosas (anticorpos antineurais pós-infecciosos – estreptococos – afetando o funcionamento dos gânglios basais). Deve-se ressaltar que esta condição, conhecida como TOC, não apresenta cura, e sim controle dos sintomas através de tratamento tende a se estender para o resto da vida do usuário.

Tabela 16: Manejo Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)

Manejo Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	
Exames Complementares	Caso desconfie de organicidade: Hemograma; provas de função hepática; provas de função renal; ECG; EEG; TC; RNM (diminuição do volume da substância cinzenta, uni ou bilateralmente, na cabeça do núcleo caudado).
Diagnóstico	Diagnóstico eminentemente clínico. Pensamentos recorrentes e intrusivos acompanhados ou não por comportamentos repetitivos, compulsivos e estereotipados. Frequentemente a pessoa percebe a inadequação destes pensamentos em relação à realidade e tenta suprimi-los ou ignorá-los, resultando em aumento da ansiedade; Obsessões: medo de causar um acidente (agressão); medo de ser contaminado ao tocar algum objeto (contaminação); medo de esquecer algo aberto, desligado/ligado (dúvida), entre outros;

Diagnóstico	Compulsões: lavar, colocar em ordem, verificar (atos comportamentais); rezar, contar, repetir palavras em silêncio (atos mentais), verificação de fechamento de porta, apagamento de luz, desligamento de torneiras, de gás (dúvida);
Tratamento	Medicamentos (resposta terapêutica lenta): Antidepressivos com ação serotoninérgica, geralmente em doses altas: Clomipramina* : 250 a 300 mg/d (iniciar gradualmente) ISRS tendem a facilitar a adesão Fluoxetina: 60 a 80 mg/d Sertralina* : 50 a 200 mg/d Fluvoxamina* : 100 a 300 mg/d Antipsicóticos atípicos em baixas doses associados aos antidepressivos; Psicoterapia individual Orientação familiar Psicoeducação
Encaminhamento	Encaminhar para o serviço de atenção secundária (Ambulatório ou CAPS) de sua referência: Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem psicoterapia e/ou atendimento psiquiátrico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS. Critérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde: Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular.

1.2.5 Reações ao Stress Grave – Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT)

O Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) constitui uma resposta retardada ou adiada a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora, traumática ou catastrófica, e que provoca sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos.

* Medicação não padronizada na Farmácia Curitibana. Indicar o uso apenas se os recursos disponíveis no SUS forem tentados e esgotados.

Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo: compulsiva, astênica), ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução. Tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome.

O período que separa a ocorrência do trauma e o transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos usuários. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade.

Tabela 17: Manejo Transtorno de Estresse Pós Traumático - TEPT

Manejo Transtorno de Estresse Pós Traumático – TEPT	
Exames Complementares	Não há achados laboratoriais ou de imagem específicos.
Diagnóstico	<p>Quadro clínico</p> <p>Recordações e sonhos aflitivos, “<i>flashbacks</i>”;</p> <p>Intenso sofrimento psíquico e reatividade fisiológica, quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;</p> <p>Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada, não presentes antes do trauma (dificuldade para conciliar sono, irritabilidade, dificuldade em concentrar-se e hipervigilância);</p> <p>Exposição a evento gravemente estressante (importante risco de vida ou envolvimento de pessoa querida em evento catastrófico).</p>
Tratamento	<p>A duração média dos sintomas para os usuários expostos a tratamento é de 36 meses;</p> <p>Cerca de 33 a 50% dos usuários evoluem para doença crônica;</p> <p>Medicamentos:</p> <p>Betabloqueadores nas primeiras 4 semanas;</p> <p>Antidepressivos tricíclicos;</p> <p>Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS);</p> <p>Benzodiazepínicos* (evitar como primeira escolha);</p> <p>Psicoterapia.</p>

* Benzodiazepínicos podem ser utilizados em casos refratários, não devendo ser prescritos como primeira escolha no cuidado do TEPT. Há risco de dependência.

Encaminhamento Encaminhar para o serviço de atenção secundária (Ambulatório ou CAPS) de sua referência:

Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem psicoterapia e/ou atendimento psiquiátrico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde:

Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular.

1.2.6 Transtornos Dissociativos

Os transtornos dissociativos ou de conversão se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, e do controle dos movimentos corporais.

Os diferentes tipos de transtornos dissociativos tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando sua ocorrência se associou a um acontecimento traumático.

A evolução pode igualmente se fazer para transtornos mais crônicos, em particular paralisias e anestésias, quando a ocorrência do transtorno está ligada a problemas ou dificuldades interpessoais insolúveis.

No passado, estes transtornos eram classificados entre diversos tipos de “histeria de conversão”. Admite-se que sejam psicogênicos, dado que ocorrem em relação temporal estreita com eventos traumáticos, problemas insolúveis e insuportáveis, ou relações interpessoais difíceis.

Os sintomas traduzem frequentemente a ideia que o sujeito se faz de uma doença física. O exame médico e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico (em particular neurológico) conhecido. Por outro lado, dispõe-se de argumentos para pensar que a perda de uma função é, neste transtorno, a expressão de um conflito ou de uma necessidade psíquica.

Os sintomas podem ocorrer em relação temporal estreita com um “stress” psicológico e ocorrer frequentemente de modo brusco. O transtorno concerne unicamente

quer a uma perturbação das funções físicas que estão normalmente sob o controle da vontade, quer a uma perda das sensações.

Os transtornos que implicam manifestações dolorosas ou outras sensações físicas complexas que fazem intervir o sistema nervoso autônomo, são classificados entre os transtornos somatoformes. Há sempre a possibilidade de ocorrência numa data ulterior de um transtorno físico ou psiquiátrico grave. Nesses transtornos, a psicoterapia é indicada como tratamento primordial, sendo a farmacoterapia muitas vezes desnecessária.

1.2.7 Transtornos Somatoformes (incluem hipocondria e transtornos dolorosos)

A característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar de não haver anormalidade de base orgânica.

A etiologia é multifatorial, provável caminho final comum de várias outras condições psíquicas. A alta prevalência de comorbidade com depressão maior e transtornos de personalidade.

Tabela 18: Manejo dos Transtornos Dissociativos e Somatoformes

Manejo dos Transtornos Dissociativos e Somatoformes	
Exames Complementares	Não há achados laboratoriais ou de imagem específicos.
Diagnóstico	<p>Baseia-se na ausência de evidências objetivas para comprovação de doença física.</p> <p>História frequente de queixas físicas, com prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outros aspectos da vida do indivíduo.</p> <p>Tendência a buscar tratamento em ambientes não psiquiátricos nos quais as somatizações frequentemente não são reconhecidas.</p> <p>Quadro clínico: Múltiplas queixas; Dor persistente; Hiperventilação; Soluços; Diarreia; Disúria; Micção frequente; Sudorese; Rubor.</p>

Tratamento	<p>Redução da ansiedade subjacente; Abordagem psicoterápica; Tratamento dos transtornos psiquiátricos comórbidos; ISRS, Pregabalina* e antidepressivos tricíclicos. Psicoterapia (quando outras estratégias de acompanhamento e orientação na APS se mostrarem insuficientes, ou conforme necessidade do usuário discutida/qualificada com as equipes dos NASF).</p>
Encaminhamento	<p>Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência:</p> <p>Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem psicoterapia e/ou atendimento psiquiátrico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS.</p> <p>Critérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde:</p> <p>Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular.</p>

1.2.8 Outros Transtornos Neuróticos frequentes na APS

A. Insônia

Queixa de insatisfação com a quantidade e/ou qualidade do sono associada à dificuldade de conciliá-lo e/ou mantê-lo e/ou despertar precoce pela manhã.

É importante ressaltar que diferentes fatores e situações podem atuar como fatores precipitantes, desencadeadores e perpetuadores da insônia. A insônia pode ocorrer como sintoma de diversas doenças psiquiátricas (como depressão e ansiedade), desencadeada por conflitos pessoais, sociais e familiares, problemas profissionais, financeiros e tantos outros.

* Medicação não padronizada na Farmácia Curitibana. Indicar o uso apenas se os recursos disponíveis no SUS forem tentados e esgotados.

Tratamento:

- Higiene do sono
- Intervenções psicoterápicas: controle de estímulos, restrição de tempo de cama/sono, técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva
- Tratamento da doença primária, quando a insônia for consequência.

Tratamento farmacológico:

- Benzodiazepínicos: indicados para tratamento de curto prazo da insônia (até 2 meses).
- Hipnóticos: Zolpidem* 10 mg/d, Zopiclona* 3,75mg/d a 7,5 mg/d
- Antidepressivos: Amitriptilina, Trazodona* e Mirtazapina*
- Antipsicóticos (*off-label*[†]): Levomepromazina*, Clorpromazina, Quetiapina* e Olanzapina*.

B. Transtornos de Personalidade (TP)

Transtornos de Personalidade (TP) são caracterizados por uma perturbação grave da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, envolvendo várias áreas de personalidade, com considerável prejuízo pessoal e/ou social. Causa orgânica deve ser excluída.

Antes dos 16 ou 17 anos, contudo, considerar diagnóstico de Transtorno de Conduta ou outra doença psiquiátrica.

Sinais e sintomas

- Manifestações sempre aparecem na infância ou adolescência e persistem na idade adulta;
- Condutas desarmônicas em várias áreas de funcionamento (controle de impulsos, modos de percepção e de pensamento, estilo de relacionamento com os outros);
- O padrão anormal de comportamento é permanente, de longa duração e não limitado a episódios de exacerbação de outros transtornos psiquiátricos;

*Medicação não padronizada na Farmácia Curitibana. Indicar o uso apenas se os recursos disponíveis no SUS forem tentados e esgotados.

[†] *Off label*: Não há tradução exata para o português. Utiliza-se este termo para quando se indica o uso de medicamentos utilizados com um propósito diferente do original.

- O padrão de comportamento é invasivo e mal adaptativo; O transtorno leva a angústia pessoal considerável;
- Usualmente associado a problemas significativos ocupacionais e sociais.

Subtipos de Transtornos de Personalidade:

- **Esquizoide:** Retraimento social ou afetivo, preferência pela fantasia e atividades solitárias e introspectivas, incapacidade de expressar seus sentimentos e prazer.
- **Paranoide:** Sensibilidade excessiva a contrariedade, recusa de perdoar insultos, caráter desconfiado; tendência a distorcer os fatos, interpretar ações de outros como hostis; suspeitas injustificadas sobre a fidelidade sexual do parceiro; sentimento combativo e obstinado de seus próprios direitos.
- **Antissocial:** Disparidade entre o comportamento e as normas sociais predominantes, caracterizados por indiferença, insensível pelos sentimentos alheios; irresponsabilidade e desrespeito por regras sociais; incapacidade de manter relacionamentos (não em iniciá-los); baixa tolerância a frustração e baixo limiar de agressividade e violência; incapacidade de experimentar culpa (tende a culpar outros) e de aprender com a punição.
- **Emocionalmente instável:** Impulsividade e instabilidade afetiva, com baixa capacidade de planejamento e tendência a acessos de raiva quando contrariados. No tipo *borderline* a autoimagem, objetivos e preferências são perturbadas, com sentimento de vazio, propensão a relacionamentos intensos e instáveis e ameaças ou atos de autolesão.
- **Histriônica:** Expressão exagerada de emoções, teatralidade, sugestibilidade, afetividade superficial e lábil, busca de atividades em que seja o centro das atenções, sedução inapropriada e preocupação excessiva com atratividade física.
- **Anancástica:** Sentimentos de dúvida e de cautela excessivas, preocupação com ordem e regras; perfeccionismo, conscienciosidade e escrupulosidade excessivas,

em detrimento do prazer e das relações interpessoais; pedantismo, rigidez, insistência para que outros se submetam exatamente à sua maneira de fazer as coisas; intrusão de pensamentos ou impulsos insistentes.

- **Ansiosa:** Sentimentos invasivos de tensão e apreensão; crença de ser socialmente inepto ou desinteressante; preocupação excessiva em ser criticado ou rejeitado em situações sociais; relutância em se envolver com pessoas, a não ser com certeza de ser apreciado; necessidade de segurança física, levando a restrições; evitações de atividades que envolvam contato interpessoal, por medo de críticas ou rejeição.
- **Dependente:** Encorajar ou permitir a outros tomarem a maioria das decisões importantes; subordinação das suas necessidades às de quem é dependente e aquiescência aos desejos desse; relutância em fazer exigências, ainda que razoáveis, à pessoa de que depende; sentir-se desamparado quando sozinho, por medo da capacidade de se auto cuidar; medo de ser abandonado; capacidade limitada de tomar decisões cotidianas.

Tratamento

Em geral, pessoas com Transtorno de Personalidade não respondem bem a tratamento medicamentoso, exceto para sintomas alvo específico, como agressividade, labilidade do humor ou ideação paranoide.

Medicamentos podem ser necessários também para comorbidades psiquiátricas, que devem, em geral, ser tratadas paralelamente, visto que pacientes com TP apresentam piora na capacidade de lidar com situações em períodos de estresse ou exacerbações de sintomas psiquiátricos.

Subtipos do grupo A (esquizoide e paranoide): doses baixas de antipsicóticos podem exercer um papel no tratamento da ideação paranoide. Benzodiazepínicos podem ser usados apenas no tratamento a curto prazo de ansiedade aguda ou agitação. Avaliar comorbidade com TAB ou depressão e tratar o quadro base.

Subtipos do grupo B (antissocial, emocionalmente instável, histriônica): No TP emocionalmente instável do tipo *borderline*, antidepressivos, em especial a fluoxetina, são considerados primeira linha no tratamento, assim como baixas doses de antipsicóticos (em

paranoia, despersonalização e pensamento auto referencial, quando ocorrem). Os antipsicóticos devem ser usados quando outras classes de medicação não surtiram o efeito desejado.

Existem evidências de uso, ainda, do Lítio (labilidade emocional) e Carbamazepina/Ácido Valpróico (labilidade emocional, violência, agressividade). Benzodiazepínicos devem ser evitados pelo risco de abuso. Subtipos do grupo C (anancástica, ansiosa e dependente): em geral, são melhor manejados com psicoterapia, mas antidepressivos e propranolol podem ajudar em sintomas alvo. Benzodiazepínicos podem ser usados apenas no tratamento a curto prazo de ansiedade aguda.

C. Transtornos Alimentares (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa)

São desvios do comportamento alimentar, sendo classificados em 3 (três) categorias: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtornos alimentares não especificados. A anorexia nervosa e a bulimia nervosa correspondem aos dois principais quadros, e têm em comum a preocupação extremada com o peso e a estética corporal e insatisfação com a aparência física. É muito comum a associação com transtornos afetivos e ansiosos, sendo doenças de difícil tratamento e de evolução prolongada.

➤ Anorexia Nervosa (AN)

Caracterizada por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo usuário, estando associada a uma psicopatologia específica, compreendendo uma intrusão persistente de uma ideia supervalorizada: o medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada.

A anorexia nervosa possui alta comorbidade com Transtornos Depressivos.

Usuários demonstram comportamentos hostis quando questionados sobre seus hábitos alimentares; demonstram medo intenso de se tornar obesos, com recusa alimentar levando à caquexia, negativa em manter o peso acima do mínimo considerado normal para a idade e estatura (critério de peso sugerido pela OMS para critério de anorexia nervosa: peso corpóreo < 85% que o peso esperado ou IMC < 17.5 kg/m²), frequente distorção da imagem corporal.

Dentre os fatores que contribuem para o desenvolvimento do transtorno, estão as pressões culturais nas sociedades industrializadas (figura feminina esbelta, pré-púbere). Ocorrem disfunções endócrinas (em mulheres, amenorreia; em homens, perda da libido).

Tabela 19: Manejo Anorexia

Manejo Anorexia	
Exames Complementares	Bicarbonato (Gasometria), cloro e potássio (excesso de vômitos pode causar alcalose metabólica); ureia (desidratação); FSH; LH; pesquisa de sangue oculto nas fezes (abuso de laxantes); ECG (prolongamento do intervalo QT e taquiarritmias); ecocardiograma (redução do débito cardíaco, da massa muscular e das dimensões cardíacas).
Diagnóstico	Anorexia nervosa restritiva: usuários promovem restrição alimentar associada a excesso de exercícios físicos; Anorexia nervosa compulsão periódica/purgativa: usuários que adotam comportamentos qualificados como purgativos, a saber, vômitos autoinduzidos, uso abusivo de laxantes ou de enemas para promoção de diarreia, diuréticos, etc.
Tratamento	Não há medicamento que induza o usuário a se alimentar e recuperar o peso; Abordagem multiprofissional; Orientações dietéticas: reposição gradual de peso; uso de vias de alimentação enteral e parenteral estão reservadas para situações de maior gravidade e onde não há colaboração do usuário; Psicoterapia; Orientação aos familiares; Medicamentos: antidepressivos, antipsicóticos e Ciproheptadina*.
Encaminhamento	Encaminhar para o Hospital da sua referência: Considerar necessidade de internação clínica quando há importante redução na ingestão alimentar com consequente perda de peso; complicações clínicas; comorbidades psiquiátricas com supervisão contínua (ideação suicida).

* Medicação não padronizada na Farmácia Curitibana. Indicar o uso apenas se os recursos disponíveis no SUS forem tentados e esgotados.

Encaminhamento Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência:

Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem psicoterapia e/ou atendimento psiquiátrico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS.

CrITÉRIOS de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde:

Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular.

➤ **Bulimia Nervosa (BN)**

Caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e uma preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal, conduzindo a uma alternância entre hiperfagia e vômitos ou uso de mecanismos purgativos.

Colaboram na etiologia pressões culturais nas sociedades industrializadas e deficiência de serotonina. Abuso físico ou sexual podem ser fator de risco.

Tabela 20: Manejo Bulimia

Manejo Bulimia	
Exames Complementares	Bicarbonato (Gasometria), cloro e potássio (excesso de vômitos pode causar alcalose metabólica); pesquisa de sangue oculto nas fezes (abuso de laxantes).
Diagnóstico	Episódios recorrentes de comer compulsivo (<i>binge eating</i>), sentimento de falta de controle sobre o comportamento durante o episódio, com comportamento compensatório inadequado e recorrente para evitar o ganho de peso (uso de laxantes, diuréticos, indução de vômito, jejuns e exercícios físicos). Preocupação persistente e exagerada com forma física e peso. Face de esquilo (por hipertrofia das glândulas salivares); Sinal de Russel (abrasões, calos ou cicatrizes nas costas da mão usada para induzir vômitos).

Tratamento Tem eficácia parcial, sendo comuns as recaídas;
 Cerca de 70% dos usuários que completam o tratamento proposto relatam significativa melhora dos sintomas;
 Uso de medicamentos isoladamente promove melhora em cerca de 15 a 20% dos usuários;
 Terapia cognitivo-comportamental parece ser a melhor estratégia;
 Orientações dietéticas;
 Medicamentos: antidepressivos (alguns estudos apontam a superioridade da Fluoxetina).

Encaminhamento **Encaminhar para o Hospital da sua referência:**
 Usuários mais graves e que demandam internação por complicações clínicas.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência:

Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem psicoterapia e/ou atendimento psiquiátrico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde:

Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular.

2. GRUPO B – Transtornos Mentais Severos e Persistentes

2.1 Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos

Transtornos psicóticos se caracterizam por alterações na senso-percepção, pensamentos, afetos e comportamento. Os sintomas são divididos em positivos (alucinações e delírios) e negativos (embotamento afetivo e perda do pragmatismo). Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo.

Sintomas psicóticos não são patognomônicos de transtornos psicóticos. Outros transtornos mentais podem apresentar tais sintomas, como episódios depressivos graves, transtorno bipolar, quadros demenciais, intoxicações por drogas e *delirium tremens*.

Não se deve fazer diagnóstico de transtorno psicótico quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano ou existem evidências de causas orgânicas.

Tabela 21: Critérios diagnósticos de esquizofrenia, adaptado da CID-10

Critérios diagnósticos de esquizofrenia, adaptado da CID-10	
Grupo 01	Grupo 02
<ul style="list-style-type: none"> • Eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento; • Delírios de controle, influência ou passividade, claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante; • Vozes alucinatórias comentando o comportamento do usuário ou discutindo entre si sobre ele ou vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo; • Delírios persistentes, culturalmente inapropriados e impossíveis (como ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinações persistentes, ocorrendo todos os dias, por ao menos 01 mês, acompanhadas por delírios, sem conteúdo afetivo claro ou acompanhadas por ideias superestimadas persistentes; • Neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, levando a discurso incoerente ou irrelevante; • Comportamento catatônico (excitação, postura inadequada, flexibilidade cética, negativismo, mutismo e estupor); • Sintomas negativos (apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais).

Fonte: CID-10

Tabela 22: Manejo da Esquizofrenia

Manejo da Esquizofrenia	
Exames Complementares	Hemograma; Provas de função renal; Provas de função hepática; Testes de gravidez; CPK (na suspeita de Síndrome Neuroléptica Maligna); ECG; EEG; TC de crânio
Diagnóstico	Ideias delirantes; Alucinações; Quadro de agitação psicomotora; Isolamento social; Transtornos do afeto; Medo; Desleixo; Despersonalização.
Tratamento	Antipsicóticos típicos: Haloperidol; Clorpromazina; Levomepromazina*; Flufenazina*; Tioridazina*; Sulpirida*; Periciazina*; Zuclopentixol*; Antipsicóticos atípicos: Risperidona; Olanzapina; Quetiapina; Clozapina; Ziprasidona; Aripiprazol*; Suporte Psicossocial;
Encaminhamento	Encaminhar para o Hospital da sua referência: Os usuários que desenvolvem episódio esquizofrênico agudo que não apresentam estrutura familiar de suporte e estão em situação de risco. Encaminhar para o serviço de atenção secundária (Ambulatório ou CAPS) de sua referência: Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem psicoterapia e/ou atendimento psiquiátrico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, ou houver refratariedade ao tratamento, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS. Critérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde: Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular.

* Medicação não padronizada na Farmácia Curitibana. Indicar o uso apenas se os recursos disponíveis no SUS forem tentados e esgotados.

Tabela 23: Doses de antipsicóticos

Doses de antipsicóticos			
Droga	Doses médias	Doses usuais	Doses máximas
Clorpromazina	400mg/d	300-600mg/d	1200mg
Haloperidol	10mg/d	2-15mg/d	15mg
Haloperidol decanoato	150mg/mês	50 a 150mg/mês	200mg/mês

Fonte: CORDIOLI (2015).

Antipsicóticos atípicos (Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Clozapina e Ziprazidona) estão disponíveis para tratamento da esquizofrenia através da Farmácia Especial do Estado do Paraná/SESA, após avaliação e indicação do Psiquiatra seguindo critérios estabelecidos no Protocolo instituído*.

Nesse caso, após a primeira prescrição do psiquiatra, a manutenção da medicação pode ser realizada pelo clínico geral desde que não haja alteração na dosagem.

3. GRUPO C - Dependência de Álcool e outras Drogas

Englobam o abuso e a dependência de substâncias psicoativas (drogas), que, quando utilizadas, alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental ou psiquismo. Incluem o uso de depressores do Sistema Nervoso Central – SNC (álcool, benzodiazepínicos, opiáceos e inalantes), psicoestimulantes (anfetaminas e cocaína/crack) e alucinógenos (maconha, LSD, êxtase).

Sabe-se que os usuários deste grupo não se tornam dependentes da noite para o dia, o dependente já foi um usuário inicial e passou por várias fases de padrão de uso. Por isso, é imprescindível a combinação de serviços e recursos de tratamento que variem durante o curso de seu tratamento e recuperação.

As intervenções devem contemplar a identificação do padrão de consumo da bebida alcoólica e outras drogas, assim como a detecção precoce de riscos e problemas

*_Protocolo Esquizofrenia Refratária

relacionados a esse consumo. Além disso, devem mostrar aos usuários as consequências clínicas, psicológicas e sociais do abuso e dependência.

A promoção de ações de redução de danos, de manutenção da abstinência e prevenção de recaídas e tratamento da síndrome de abstinência, bem como articulação intersetorial e encaminhamento para grupos de mútua ajuda constituem-se como abordagens mínimas e indispensáveis no nível da Atenção Primária.

Os usuários da Rede devem ser investigados quanto ao uso/abstinência de substâncias. Os dependentes de substâncias deverão estar no “radar” da Unidade Básica de Saúde.

Diagnóstico

O diagnóstico de dependências requer ao menos 03 dos seguintes critérios (ao longo do ano anterior), conforme CID10.

- Forte desejo ou compulsão para consumir a substância (“fissura”);
- Dificuldade de controlar o consumo em termos de início, término ou quantidades consumidas;
- Estado fisiológico de abstinência se o consumo é reduzido ou interrompido; Requerer doses progressivamente maiores para atingir efeitos originais da droga (tolerância);
- Abandono progressivo dos interesses/lazer, aumentando o tempo dispendido para obter drogas, usá-la e/ou recuperar-se de seus efeitos (priorização);
- Persistência no uso da substância, apesar das consequências nocivas.

Outros critérios de avaliação.

- Estreitamento do repertório de padrões de uso, ou seja, desenvolver um padrão característico de uso, independentemente da situação, dia-da-semana, entre outros entraves;
- Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência com o uso da substância;
- Risco de reinstalação da síndrome de dependência após um período de abstinência.

Sempre investigar:

- Comorbidades psiquiátricas: o uso indevido de drogas (e a abstinência) podem ser responsáveis por sintomas que mimetizam outros transtornos psiquiátricos, bem

como transtornos psiquiátricos podem aumentar o risco de dependência de álcool e outras drogas.

- Comorbidades clínicas: o usuário com dependências está sujeito a qualquer agravo, assim como o restante da população (atentar para doenças sexualmente transmissíveis). É especialmente suscetível a algumas patologias, como abdome agudo, cetoacidose, hemorragia digestiva, infecções (meningite, pneumonia...) e traumatismo crânio-encefálico,
- Comportamentos ou pensamentos autodestrutivos, suicidas ou homicidas.
- Comportamentos de risco (dirigir embriagado, violência doméstica, abuso ou negligência).
- Possibilidade de gestação (inclusive em adolescentes).

O objetivo do tratamento (após estabilização da fase aguda) almeja a abstinência (de preferência plena, mas considerar redução de danos) e a inclusão social, com melhoria do funcionamento psicológico e social. Também não se deve esquecer a motivação para a mudança, com seus estágios descritos abaixo:

Tabela 24: Estágios de motivação para mudança de Prochaska e DiClemente

Estágios de motivação para mudança de Prochaska e DiClemente	
Estágios	Tarefa do profissional
Pré-ponderação (ainda não enxerga que precisa mudar)	Levantar dúvidas, aumentar a sua percepção sobre os riscos e problemas do comportamento atual, oferecer informações.
Ponderação (já está pensando em mudar, mas não se decidiu)	“Inclinar a balança” para o lado da abstinência - evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar, fortalecer a autossuficiência do paciente para a mudança do comportamento atual.
Determinação (está determinado a mudar)	Ajudá-lo a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.
Ação (está ativamente fazendo algo para mudar)	Ajudá-lo a dar passos rumo a mudança.
Manutenção (está trabalhando para manter o novo estilo de vida)	Ajudá-lo a identificar e a utilizar estratégias de prevenção de recaídas.
Lapso (novo episódio de uso) ou recaída (retorno aos padrões anteriores de uso)	Ajudá-lo a renovar os processos de ponderação, determinação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido a recaída.

As dependências são patologias crônicas que passam por estágios de desenvolvimento, isto é, que evoluem. O prognóstico é melhor quando o tratamento é instituído precocemente. A equipe deve reconhecer o estágio motivacional e ajudar o usuário a explorar e resolver suas ambivalências sobre mudanças de comportamento. A negociação, e não o conflito, é que minará a resistência à mudança.

Abordagem profissional quanto ao estágio motivacional:

- Expresse empatia, ofereça informações;
- Desenvolva discrepância entre o uso de substâncias e metas/valores do usuário;
- Evite discussões, evite ficar argumentando;
- Acompanhe a resistência (negação, argumentação...) e a use a favor da mudança. A resistência é uma reação normal de quem está tendo suas liberdades cerceadas. Ela é um indicativo de necessidade de mudança de estratégia;
- Apoie auto eficácia. A crença na possibilidade de mudança é um motivador importante.

Não é tecnicamente correto afirmar que “não se pode ajudar quem não quer parar”, pois existem ações para favorecer a mudança para qualquer estágio de motivação, mesmo para aqueles em pré-ponderação. Deve-se trabalhar isso com familiares, que podem chegar frustrados e desesperançosos ao tratamento.

A indicação de tratamento e o monitoramento da evolução das condições clínicas do usuário dependem de uma série de implicações psíquicas, orgânicas e sociais. É mais efetivo escolher o ambiente menos restritivo que seja seguro para o caso.

Considerar que a capacidade cognitiva do usuário pode estar comprometida, com acentuado bloqueio do pensamento abstrato. É importante, então, verificar se usuários e familiares compreenderam as informações passadas, que devem ser bastante concretas.

O paciente deve ser ajudado a não ver suas dificuldades como um problema único, gigante e complexo, mas como um conjunto de pequenas dificuldades. Isso faz com que cada uma delas seja manejável. O paciente que tem metas possíveis sente-se motivado a persistir.

3.1 Redução de danos

A redução de danos é uma estratégia de Saúde Pública que se traduz em políticas e programas que visam reduzir as consequências deletérias do uso indevido de drogas à saúde e a aspectos sociais e econômicos, através da redução da frequência e da severidade dos episódios de uso. É usada para aqueles que não pretendem ou não conseguem interromper o uso.

Não se deve, contudo, ser conivente com o uso. A redução de danos não incentiva o uso nem a distribuição de drogas. Tem, como objetivo, proteger a saúde do usuário, através de informação correta, encaminhamentos implicados para serviços de saúde, ação social, cultura, esporte e lazer, incentivando a inclusão social de quem faz uso indevido de drogas.

3.2 Prevenção de recaídas

O atendimento ao dependente de drogas não se resume à desintoxicação. Deve ser iniciado um processo de prevenção de recaídas, que compreende:

- Orientar a diminuir o acesso às substâncias.
- Usar contrato de contingência (reforços positivos e negativos).
- Treinar habilidades sociais.
- Promover modificação do estilo de vida: desenvolver alternativas de comportamento, de obtenção de prazer, relacionamentos... propiciando recuperação dos prejuízos sobre as diferentes áreas de impacto da dependência.
- Ajudar a antecipar e evitar estímulos desencadeantes (como pares usuários).
- Treinar para auto monitorar estados associados ao aumento da fissura.
- Orientar técnicas de dessensibilização e relaxamento para reduzir o poder dos estímulos.
- Ajudar a desenvolver respostas alternativas (não-químicas) para lidar com problemas, tais como fazer atividades relaxantes, refazer vínculos interpessoais prévios à dependência, aprender habilidades sociais...
- Reforçar positivamente o sucesso, ainda que parcial.
- Analisar lapsos e períodos de abstinência para reavaliar o plano de tratamento
- Dar informações sobre a substância e efeitos deletérios.
- Facilitar acesso ao serviço.

- Agendar revisões regulares para acompanhar a evolução do usuário, reforçando suas decisões e apoiando nas suas dificuldades (cuidar com pensamento mágico de que, após um período de abstinência, o problema está “resolvido”, que não é mais necessária manutenção). A equipe deve se demonstrar disponível.
- Reconhecer pessoas significativas – família, UBS, comunidade – que possam dar suporte à abstinência e que detectem precocemente eventuais recaídas.
- Reverter padrões de super ou de sub-responsabilidade da família e comunidade. Apoiar e orientar a família a respeito da abstinência, antecipando ressentimentos, expectativas frustradas e mudanças de papéis devidas a ela. Estimular a flexibilidade de cada familiar, com relação ao seu papel, e a expressão de sentimentos ou comportamentos que antes só eram possíveis através do uso de substâncias.
- Informar sobre recursos complementares: CAPS, ambulatório, hospital, UPA e grupos de autoajuda da UBS e da comunidade, como AA, NA, ALANON, AMOR EXIGENTE, ALATEEN.
- Lapsos e recaídas devem ser vistos como oportunidades de aprendizagem, por permitirem avaliar seus fatores de risco para que sejam evitados, ou solucionados de maneira mais saudável, prevenindo situações futuras. Deve-se resistir à frustração e sensação de impotência.

Apoio aos familiares - Orientações

- Não espere que o problema se agrave para tomar alguma providência.
- Privilegie o diálogo e use de franqueza com o(a) familiar.
- Participe da vida dele(a): acompanhe-o(a), com sincero interesse, em passeios, esportes.
- Mostre que não há conivência com a dependência: trate-o(a) com indiferença quando usa substâncias e com atenção quando está abstinente.
- Evite que ele(a) fique ocioso. Estimule ocupações, responsabilidades e envolvimento com estudo, esporte, cultura e trabalho.
- Estimule a autoconfiança: valorize os progressos para que se sinta capaz de mudar.
- Possibilite que faça conquistas com seu próprio esforço: nada deve ser “dado de bandeja”, eventuais prêmios/privilégios devem ser proporcionais ao empenho.

- Quando houver indicação médica, encare o internamento de modo realista e positivo.
- Substitua a expectativa de cura pela perspectiva de amadurecimento.
- Diga “não”: dê limites, sem deixar de demonstrar interesse pelo seu bem estar.
- Responda com sinceridade: A família está precisando ser tratada também?
- Participe de grupos de mútua-ajuda.

3.3 Desintoxicação do álcool na Atenção Primária à Saúde

Temos na APS a principal forma de contato inicial do usuário de álcool, sendo a Unidade de Saúde responsável pela longitudinalidade (atendimento ao longo do tempo), integralidade (atendimento de todas as demandas do indivíduo) e coordenação dos cuidados do usuário com os diversos pontos da rede de saúde mental. Possui a responsabilidade pela avaliação para encaminhamento a serviços especializados e o atendimento médico clínico (avaliando-se as principais comorbidades do uso crônico do álcool, como, por exemplo, as disfunções hepáticas).

Muitas vezes o usuário é trazido ao atendimento contra sua vontade e pode negar ou minimizar o consumo do álcool pois ainda não se percebe com um problema, sendo então importante a criação do vínculo da equipe da APS para se obter êxito na desintoxicação. Perguntas abertas e não confrontativas ou preconceituosas focadas no indivíduo e no uso do álcool promovem uma diminuição da ansiedade, tanto do paciente quanto do familiar, facilitando a adesão ao tratamento. Ao identificar-se o grau de dependência de álcool do indivíduo, e suas condições de realizar a desintoxicação a nível ambulatorial, o protocolo abaixo deve ser instaurado, sempre centrado às necessidades singulares de cada caso.

A pessoa é dependente de Álcool?
Investigue detalhadamente a história do uso de bebidas alcoólicas e pesquise:
<ul style="list-style-type: none"> • Desejo muito forte ou compulsão para tomar bebidas alcoólicas. • Dificuldades para controlar o uso em termos de início, término ou quantidade • Estado fisiológico de abstinência quando o uso da bebida foi interrompido ou reduzido, indicado pelas características da síndrome de abstinência de álcool; ou uso da bebida (ou de outra substância muito parecida) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas da abstinência.

- Evidência de tolerância, ou seja, são necessárias doses maiores da bebida para obter os mesmos efeitos que antes eram obtidos com doses menores.
- Negligência progressiva de interesses ou prazeres alternativos devido ao uso, aumento do tempo necessário para obter ou consumir a bebida, ou para se recuperar de seus efeitos.
- Persistência do uso da bebida, apesar das claras evidências de suas consequências prejudiciais à saúde, tais como danos ao fígado, humor deprimido ou comprometimento das funções cognitivas.

Se 3 ou mais dessas características estiverem presentes, o diagnóstico é:

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Diante deste quadro:

- Informe claramente o paciente sobre os resultados da avaliação e sobre os riscos de curto e longo prazo de continuar a beber nos mesmos níveis atuais.
- Converse brevemente com o paciente sobre motivações para o uso de álcool.
- Aconselhe a parar completamente com o uso de álcool.
- Recomende o uso diário de 100 mg de Tiamina.

Se a pessoa estiver disposta a tentar parar com o uso de álcool, ajude-a nesse sentido:

- Identifique o melhor lugar para fazer isso.
- Planeje a interrupção do uso do álcool.
- Providencie um local para fazer a desintoxicação, se for necessário.
- Durante a desintoxicação, trate os sintomas de abstinência com Diazepam e Tiamina (tabela 24).
- Após a desintoxicação, previna recaídas com medicamentos (Naltrexona*, Acamprosato* ou Dissulfiram[†]), se estiverem disponíveis.
- Avalie e trate qualquer comorbidade física ou psiquiátrica, idealmente depois de 2 a 3 semanas de abstinência, pois a maioria dos problemas desaparece nesse período.
- Avalie a necessidade de encaminhamento a um grupo de mútuo ajuda (como os Alcoólicos Anônimos).
- JAMAIS ministre qualquer punição como forma de tratamento.
- Aborde as necessidades de moradia e trabalho.
- Forneça informações e apoio ao paciente, a seus cuidadores e a seus familiares.
- Se for possível, desenvolva intervenções psicossociais, tais como aconselhamento ou terapia familiar, aconselhamento ou terapia para a resolução de problemas, terapia cognitivo-comportamental, terapia de reforço motivacional, terapia de manejo de contingências.
- Avalie a necessidade de encaminhamento a serviços especializados.
- Marque retornos conforme a necessidade, com maior frequência no início.
- Busque a ajuda de especialistas quando as medidas anteriores se fizerem insuficientes.

* Medicação não padronizada na Farmácia Curitibana. Indicar o uso apenas se os recursos disponíveis no SUS forem tentados e esgotados.

† O Dissulfiram é uma medicação relativamente barata, porém sugere-se indicar apenas para usuários abstinentes pelo risco de acentuado de morte se ingestão concomitante com álcool.

3.4 Síndrome de abstinência de álcool (SAA)

Considerada como um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa do álcool, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses. O início e o curso do estado de abstinência são limitados no tempo e relacionados à dose de álcool consumida imediatamente antes da parada e da redução do consumo. A SAA pode ser complicada com o aparecimento de convulsões.

Caracteriza-se pela Interrupção (ou redução) de uso pesado e prolongado de álcool, observando-se dois (ou mais) dos seguintes sintomas, que se desenvolvem em algumas horas/dias após a interrupção do uso:

- Hiperatividade autonômica (sudorese, frequência cardíaca maior que 100 batimentos por minuto);
- Tremor nas mãos aumentado;
- Insônia;
- Náusea ou vômito;
- Alucinações visuais, tácteis ou auditivas transitórias ou ilusões;
- Agitação psicomotora;
- Ansiedade;
- Crises convulsivas tipo grande mal.

Medidas gerais (reduzidas gradualmente ao longo das três primeiras semanas):

- Tratamento extra-hospitalar, internamento domiciliar;
- Orientar o paciente e familiares sobre a SAA;
- Retornos ou visitas domiciliares frequentes por 3 a 4 semanas;
- Dieta leve ou restrita e hidratação adequada.
- Repouso relativo em ambiente calmo desprovido de estimulação audiovisual.
- Supervisão de familiar.
- Encaminhamento para serviços de emergência se observar alteração da orientação temporo-espacial e/ou do nível de consciência.

Farmacoterapia:**Tabela 25:** Psicofármacos utilizados na desintoxicação alcóolica

Psicofármacos utilizados na desintoxicação alcóolica	
Primeira semana	Segunda e terceira semana
Tiamina: 300 mg/d, via intramuscular*; Diazepam: de 20 a 40 mg/d, via oral.	Tiamina: 300 mg/dia, via oral; Redução gradual do Diazepam.

Medidas gerais (reduzidas gradualmente ao longo das três primeiras semanas):

- Internamento: a necessidade de internamento ocorre por estado confusional, comorbidades clínicas ou necessidade de exames laboratoriais de controle e manejo da dose de medicamentos.
- Repouso absoluto;
- Redução do estímulo audio-visual;
- Monitorização da glicemia, eletrólitos e hidratação;

Evitar:

- Hidratar indiscriminadamente. A reidratação oral é associada a menor risco de desencadear SAA, Encefalopatia de Wernicke e hiper-hidratação em relação à parenteral. Recomendar, quando necessário, o aumento da ingesta hídrica para 3000ml/d via solução de reidratação oral.
- Administrar glicose;
- Administrar Clorpromazina ou Fenil-hidantoína;
- Aplicar Diazepam endovenoso, sem recursos para reverter uma possível parada respiratória.

Outras recomendações:

- O ácido fólico é indicado nos casos de anemia megaloblástica. Dose: 15mg/dia, VO (1 comp. 5mg, 3X ao dia), num período de 30 dias.

* Tiamina injetável está disponível na apresentação de 100mg/ml associada a Vitamina B6 e Vitamina B12. Esta apresentação pode vir acompanhada de uma ampola de dexametasona injetável que não é indicada nestes quadros clínicos, devendo então a dexametasona ser descartada.

- A Carbamazepina embora seja eficaz para sintomas de abstinência leves e moderados, não previne o *delirium tremens*. A dose preconizada é de 200mg, VO, de 12 em 12 horas (se necessário aumentar até um máximo de 1200mg/dia).
- O Haloperidol pode ser administrado em indivíduos com agitação psicomotora importante (vide pg. 56 – tabela 33, contenção química) e/ou na presença de alucinações (nestes casos a continuidade da desintoxicação não deve ser realizada na US).
- Lembrar que os antipsicóticos podem diminuir o limiar de convulsão. Antipsicóticos tem alguma eficácia no controle dos sintomas, mas não devem ser usados como monoterapia, pois não reduzem o risco de *delirium tremens* e aumentam o de convulsões.

4. GRUPO D – Transtornos de comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a Infância e Adolescência.

4.1 Transtorno do Espectro Autista - TEA

Caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social, com alterações qualitativas e quantitativas, seja na linguagem verbal e/ou não verbal e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de comportamentos estereotipados, repetitivos e com gama restritiva de interesses.

Considerando que os sintomas mudam com o desenvolvimento, podendo ser mascarados por mecanismos compensatórios, os critérios diagnósticos podem ser preenchidos com base em informações retrospectivas, embora a apresentação atual deva causar prejuízo significativo.

Estudos demonstram a importância da identificação precoce dos sinais e sintomas de risco para o desenvolvimento do Transtorno do Espectro do Autismo, visto que quanto antes se der o início do tratamento, melhores serão os resultados para o desenvolvimento da criança nas áreas afetadas – cognitiva, linguagem e habilidades sociais.

A Atenção Primária à Saúde, cujos princípios contemplam a prevenção de agravos, promoção e proteção à saúde, tem papel fundamental na detecção precoce de risco, pois muitas vezes os pais demoram em procurar ajuda especializada, mesmo percebendo alterações no desenvolvimento de seus filhos.

Instrumentos de uso livre estão disponíveis para rastreamento / triagem que podem ser aplicados por profissionais de diversas áreas. Tais instrumentos fornecem informações que detectam sintomas que indicam que a criança apresenta risco para o TEA, sendo necessário que o diagnóstico seja realizado por profissional treinado e capacitado para tal.

Os instrumentos de uso livre disponíveis atualmente são: **IRDI** (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil), composto de 31 indicadores de bom desenvolvimento do vínculo do bebê com os pais, distribuídos em 4 faixas etárias de 0 a 18 meses, e **M-Chat** (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), composto por 23 perguntas para pais de crianças de 18 a 24 meses, com respostas “sim” e “não”, que indicam a presença de sinais de risco precoce para o TEA, e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde.

Tabela 26: Manejo do Transtorno do Espectro Autista

Manejo do Transtorno do Espectro Autista	
Exames Complementares	Não há achados laboratoriais ou de imagem específicos.
Diagnóstico	Quadro clínico, observação da criança e entrevistas com pais e/ou cuidadores.
Tratamento	Medicamentos: não há medicamentos específicos para sintomas de Autismo, porém algumas medicações podem ser úteis para sintomas específicos de agitação psicomotora, agressividade, impulsividade e irritabilidade – Haloperidol e Risperidona (este último disponibilizado pela Farmácia Especial da SESA, através de preenchimento de LME), por exemplo.

Encaminhamento**Encaminhar para o serviço de atenção secundária (Ambulatório ou CAPS) de sua referência:**

Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem atendimento multiprofissional e/ou atendimento psiquiátrico ou neurológico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS.

4.2 – Transtorno Déficit de Atenção / Hiperatividade - TDAH

A característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento.

A desatenção manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A hiperatividade refere-se a atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, bater ou conversar em excesso.

Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou esgotamento dos outros com sua atividade. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (p. ex., atravessar uma rua sem olhar). A impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação.

Comportamentos impulsivos podem se manifestar com intromissão social (p. ex., interromper os outros em excesso) e/ou tomada de decisões importantes sem considerações acerca das consequências no longo prazo (p. ex., assumir um emprego sem informações adequadas).

O TDAH começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade exprime a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Ao mesmo tempo, uma idade de início mais precoce não é especificada devido a dificuldades para se estabelecer retrospectivamente um início na infância. As lembranças dos adultos sobre sintomas na infância tendem a não ser confiáveis, sendo benéfico obter informações complementares.

Manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa e na escola, no trabalho). A confirmação de sintomas substanciais em vários ambientes não costuma ser feita com precisão sem uma consulta a informantes que tenham visto o indivíduo em tais ambientes. É comum os sintomas variarem conforme o contexto em um determinado ambiente.

Sinais do transtorno podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo está recebendo recompensas frequentes por comportamento apropriado, está sob supervisão, está em uma situação nova, está envolvido em atividades especialmente interessantes, recebe estímulos externos consistentes (p. ex., através de telas eletrônicas) ou está interagindo em situações individualizadas (p. ex., em um consultório).

Classificação:

- TDAH com predomínio de sintomas de desatenção;
- TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade;
- TDAH combinado.

Tabela 27: Manejo Transtorno Déficit de Atenção / Hiperatividade

Manejo Transtorno Déficit de Atenção / Hiperatividade	
Exames Complementares	Não há achados laboratoriais ou de imagem específicos.
Diagnóstico	Quadro clínico.
Tratamento	Medicamentos: Metilfenidato*; Antidepressivos: Atomoxetina*, Bupropiona*, Nortriptilina*, Venlafaxina*, Imipramina* (descartar alterações do ECG previamente à prescrição de tricíclicos); Específicos para as comorbidades: Risperidona* (não disponível pela Farmácia Especial da SESA com o CID-10 F90) e estabilizadores do humor; Psicoterapia.

* Medicação não padronizada na Farmácia Curitibana. Indicar o uso apenas se os recursos disponíveis no SUS forem tentados e esgotados.

Encaminhamento**Encaminhar para o serviço de atenção secundária (Ambulatório) de sua referência:**

Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem psicoterapia e/ou atendimento psiquiátrico ou neurológico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS.

4.3 Transtorno Específico da Aprendizagem

É diagnosticado diante de déficits específicos na capacidade individual para perceber ou processar informações com eficiência e precisão. Manifesta-se, inicialmente, durante os anos de escolaridade formal, caracterizando-se por dificuldades persistentes e prejudiciais nas habilidades básicas acadêmicas de leitura, escrita e/ou matemática. O desempenho individual nas habilidades acadêmicas afetadas está bastante abaixo da média para a idade, ou níveis de desempenho aceitáveis são atingidos somente com esforço extraordinário.

O transtorno específico da aprendizagem pode ocorrer em pessoas identificadas como apresentando altas habilidades intelectuais e manifestar-se apenas quando há demandas de aprendizagem ou procedimentos de avaliação.

Para todas as pessoas, o transtorno específico da aprendizagem pode acarretar prejuízos duradouros em atividades que dependam das habilidades, inclusive no desempenho profissional.

Os transtornos de aprendizagem não são incomuns e o tratamento tem vital importância na prevenção de dificuldades futuras. Deve-se considerar a seguinte sequência de passos, passando-se ao seguinte quando o realizado não tiver sido suficiente:

- Acompanhamento do usuário junto à escola;
- Solicitar avaliação da acuidade visual e auditiva;
- Discutir caso com psicólogo NASF a fim de verificar necessidade de possíveis encaminhamentos e avaliações complementares.
- Quando houver suspeita de comorbidade psiquiátrica (transtorno depressivo, ansiedade, déficit de atenção/hiperatividade, transtornos de conduta) ou

problemas neurológicos, encaminhar para avaliação em serviço de saúde especializado.

4.4 Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)

Os primeiros sintomas do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) iniciam geralmente no período pré-escolar e, eventualmente, após o início da adolescência. A principal característica do TOD é um padrão questionador e desafiador que a criança apresenta em relação a figuras de autoridade associado a um humor raivoso por, no mínimo, 6 meses apresentando ao menos 4 dos seguintes critérios:

- Com frequência perde a calma.
- Com frequência fica sensível ou facilmente incomodada.
- Com frequência apresenta raiva e ressentimento.
- Frequentemente questiona autoridades.
- Frequentemente desafia e se recusa a obedecer regras.
- Frequentemente incomoda outras pessoas.
- Frequentemente culpa os outros por seus erros ou mau comportamento.
- Foi vingativa ou malvada pelo menos 2 vezes nos últimos 6 meses.

A prevalência do TOD é estimada entre 2% a 10%, ocorrendo com maior frequência entre meninos (1, 4:1) e pode preceder o desenvolvimento do Transtorno da Conduta principalmente quando começa na tenra infância.

Muitas crianças com TDAH acabam desenvolvendo o TOD, sendo então a principal comorbidade. Há risco maior no TOD em desenvolver outros transtornos mentais, como transtornos de ansiedade e depressão maior, sobretudo entre meninas. Uma repercussão comum no adulto que teve TOD na infância, seria o risco aumentado para problemas de adaptação, comportamentos antissociais, descontrole de impulsos, abuso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), ansiedade e depressão.

Não existem evidências de que medicações sejam efetivas para o tratamento do TOD, porém quando é identificado o TDAH comórbido, o tratamento com psicoestimulantes, como o Metilfenidato, pode trazer uma sensível melhora dos sintomas opositores.

4.5 Transtorno de Conduta (TC)

A característica essencial do Transtorno de Conduta é um padrão comportamental repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade.

Esses comportamentos se enquadram em quatro grupos principais:

- Conduta agressiva que causa ou ameaça causar danos físicos a outras pessoas ou animais;
- Conduta não agressiva que causa perda ou danos a propriedade;
- Falsidade ou furto;
- Violações graves de regras.

Três ou mais comportamentos típicos devem estar presentes nos últimos 12 meses, com pelo menos um comportamento presente nos últimos seis meses.

A perturbação comportamental causa prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional. Em geral, o padrão de comportamento está presente em vários ambientes, tais como casa, escola ou comunidade.

Como os indivíduos com transtorno da conduta têm uma propensão a minimizar seus problemas comportamentais, o clínico frequentemente deverá se basear em informantes adicionais. Entretanto, o conhecimento dos informantes acerca dos problemas de conduta do indivíduo poderá ser limitado se a supervisão for inadequada ou se o indivíduo ocultou comportamentos sintomáticos.

Em geral, indivíduos com esse transtorno iniciam com comportamentos agressivos e reagem agressivamente a outras pessoas. Podem fazer provocações, ameaças ou assumir comportamento intimidador (incluindo *bullying*); com frequência podem iniciar brigas físicas; utilizar armas que podem causar danos físicos graves (p. ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo); ser fisicamente cruéis com pessoas ou animais; roubar com confronto à vítima (p. ex., assalto, roubo de bolsa, extorsão, roubo à mão armada); ou forçar alguém a atividade sexual. A violência física pode assumir a forma de estupro, ou em casos raros, homicídio.

A destruição deliberada de propriedade de outras pessoas inclui provocação de incêndios com a intenção de causar danos graves ou destruição proposital da propriedade de outras pessoas de outras maneiras (p. ex., quebrar vidros de carros, vandalizar propriedade escolar). Ato de falsidade ou furtos podem incluir invadir casas, edifícios ou

carros de outras pessoas; frequentemente mentir ou quebrar promessas para obter bens ou favores ou evitar dívidas ou obrigações (p. ex., “trapacear”); ou furtar itens de valor considerável sem confrontar a vítima (p. ex., furtos em lojas, falsificação, fraude).

Indivíduos com transtorno de conduta também podem frequentemente cometer violações graves a normas (p. ex., na escola, em casa, no trabalho).

Crianças com o transtorno costumam apresentar um padrão, iniciado antes dos 13 anos de idade, de ficar fora até tarde da noite, a despeito da proibição dos pais, frequentemente gazeiam aulas.

As crianças podem apresentar também um padrão de fugir de casa, passando a noite fora. Para ser considerada um sintoma de transtorno de conduta, a fuga de casa deve ocorrer pelo menos duas vezes (ou apenas uma vez se o indivíduo não retornar por um longo período de tempo). Episódios de fugas de casa que ocorrem como consequência direta de abuso físico ou sexual geralmente não se qualificam para esse critério.

5. GRUPO E – Alterações na Saúde Mental relacionadas a causas orgânicas

O médico clínico deve realizar sempre uma abordagem completa do paciente, excluindo portanto doenças clínicas que se manifestam com sintomas psiquiátricos. É necessário que descarte também uso de substâncias lícitas e ilícitas, que podem justificar a alteração de comportamento.

Identificar e tratar a doença primária muitas vezes é suficiente para tratar os sintomas psiquiátricos. Na vigência de possível doença orgânica deve-se perguntar sobre a possibilidade desta ser a responsável pelos sintomas existentes. Solicitar exames laboratoriais e/ou de imagem é função do médico clínico para elucidar a situação.

Estão descritos na tabela 28 as condições médicas que podem gerar alterações psíquicas:

Tabela 28: Doenças orgânicas com alterações psiquiátricas

<i>Doenças orgânicas com alterações psiquiátricas</i>				
<i>Doença</i>	<i>Sinais e sintomas médicos comuns</i>	<i>Sinais e sintomas mentais e comportamentais</i>	<i>Testes e achados laboratoriais</i>	<i>Problemas no diagnóstico e observações</i>
AIDS	Ataxia, convulsões, emagrecimento febre, incontinência, sinais neurológicos focais	Alterações de personalidade, demência progressiva, humor depressivo, memória e concentração comprometidas, mutismo, psicose	Teste de HIV +	Maioria dos pacientes tem sintomas psiquiátricos. Considerar sempre em jovens com demência e populações de alto risco. Afastar outras infecções, neoplasias cerebrais, demência e psicose.
Autolesões como “pulsos cortados”	Doença crônica ou terminal, dor crônica	Acidentes e atendimentos em serviços de emergência frequentes, ansioso para não ser examinado humor deprimido, psicose puerperal, tentativas anteriores de suicídio.	-	Comportamento suicida é sintoma de doença psiquiátrica, inclusive de uso indevido de álcool e drogas e surto psicótico. Há risco elevado de novas tentativas de suicídio.
Carcinoma pancreático	Dor abdominal, perda de peso	Anedonia, apatia, humor depressivo, falta de energia, letargia	Amilase ↑	Sempre considerar em pacientes de meia idade deprimidos.
Convulsões	Alterações sensoriais, Aura	Automatismos motores, beligerância, comportamento bizarro, confusão, estados catatônicos, estados dissociativos, psicose, violência.	Alterações ao EEG	Considerar crises convulsivas parciais complexas em todos os estados dissociativos. Afastar estados pós-ictais e esquizofrenia catatônica.

Doença	Sinais e sintomas médicos comuns	Sinais e sintomas mentais e comportamentais	Testes e achados laboratoriais	Problemas no diagnóstico e observações
Deficiência de nicotinamida	Diarreia	Apatia, confusão, demência, transtorno depressivo, distúrbios de memória, insônia, irritabilidade, psicose.	-	Afastar transtornos de humor e demência.
Deficiência de piridoxina	Convulsões, fraqueza muscular	Apatia, distúrbios de memória, irritabilidade.	-	Frequentemente causada pelo uso de isoniazida. Afastar transtornos de humor e demência.
Deficiência de tiamina	Neuropatia, Cardiomiopatia Síndrome de Wernicke-Korsakoff (ver item específico), nistagmo, cefaleia	Amnésia, confabulação, confusão, diminuição da capacidade de concentração, incapacidade para sustentar uma conversa	-	Mais frequente em dependentes de álcool. Afastar hipomania, transtorno depressivo e demência
Deficiência de vitamina B 12	Palidez, Tonturas, Neuropatia periférica, Ataxia	Demência, fadiga, falta de atenção, irritabilidade, psicose	Anemia megaloblástica	Afastar transtornos de humor e demência
Doença de Huntington	Movimentos coreoatetóicos, rigidez	Humor depressivo, euforia	-	Afastar transtornos de humor e Esquizofrenia
Doença de Wilson	Anel de Kayser-Fleischer, Movimentos coreoatetóicos, Quadro sugestivo de hepatite, Rigidez	Alterações de humor, psicose	Ceruloplasmina sérica ↓ Cobre urinário ↑	Início, em geral, na adolescência e início da idade adulta Afastar reações extrapiramidais e transtornos de humor

Doença	Sinais e sintomas médicos comuns	Sinais e sintomas mentais e comportamentais	Testes e achados laboratoriais	Problemas no diagnóstico e observações
<i>Encefalopatia hepática</i>	Aranhas vasculares, atrofia hepática, ataxia, disartria, eritema palmar, equimoses, hepatomegalia, hiperreflexia	Déficit cognitivo e de concentração, humor depressivo, desinibição, diminuição das atividades de vida diária, euforia, inquietação, psicose	Provas de função hepática e albumina alteradas Lentificação difusa ao EEG	Pode ser aguda ou crônica, conforme a causa Afastar uso indevido de drogas, transtornos de humor, demência
<i>Esclerose múltipla</i>	Alterações motoras e sensoriais súbitas e transitórias, perda visual, sinais neurológicos difusos com remissões e exacerbações	Ansiedade, euforia, mania, fala arrastada, incontinência	Gamaglobulina elevada no líquido, Alterações degenerativas no cérebro e espinha dorsal	Início, geralmente em adultos jovens. Afastar sífilis terciária, outras doenças degenerativas, histeria, mania tardia
<i>Feocromocitoma</i>	Cefaleia, hipertensão paroxística, sudorese, tremores	Ansiedade, pânico	Ácido vanilmandélico urinário elevado	Afastar transtornos de ansiedade
<i>Hiperglicemia</i>	Anorexia, convulsões, desidratação, hálito cetônico, náuseas e vômitos, queixas abdominais	Ansiedade, agitação, delirium	Acidose Cetonas séricas/urinárias Hiperglicemia	Quase sempre associado com diabetes juvenil resistente e diabetes não-insulina dependente do idoso. Afastar distúrbios depressivos e de ansiedade
<i>Hiperparatireoidismo</i>	Constipação, náuseas, polidipsia	Humor depressivo, paranoia, confusão	Hipercalcemia Hormônio paratireoideo variável. ECG: diminuição do intervalo QT	Afastar Transtorno Depressivo e Transtorno Esquizoafetivo

Doença	Sinais e sintomas médicos comuns	Sinais e sintomas mentais e comportamentais	Testes e achados laboratoriais	Problemas no diagnóstico e observações
Hipertireoidismo (tireotoxicose)	Intolerância ao calor, diarreia Palpitações, perda de peso, sudorese excessiva, taquicardia, tremor fino, vômitos	Cognição alterada, concentração diminuída, excitabilidade, falta de limites, hiperatividade, irritabilidade, insônia, medo de morte iminente, nervosismo, psicose, verborragia	T ₄ livre ↑, T ₃ ↑, TSH ↓ Captação de T ₃ ↓ ECG: taquicardia, fibrilação atrial, mudanças nas ondas P e T	Todo o espectro de sintomas pode não estar presente. Coexistência de hipertireoidismo e ansiedade. Afastar malignidade oculta, doença cardiovascular, intoxicação anfetamínica, intoxicação por cocaína, estados de ansiedade, mania
Hipoglicemia	Coma, convulsões, estupor, sonolência, sudorese, taquicardia, tremores	Agitação, ansiedade, confusão, inquietude	Hipoglicemia	Excesso de insulina muitas vezes complicada por exercício, álcool, redução da ingestão alimentar. Afastar insulinoma, estados pós-ictais, episódio depressivo agitado e psicose.
Hiponatremia	Coma, convulsões, estupor, polidipsia, sede excessiva	Confusão, letargia, alterações de personalidade, anormalidades da fala	Hiponatremia Osmolaridade ↓	Diabetes insípido atípico. Potomania. Afastar síndrome nefrótica, doença hepática, cardiopatia congestiva. Psicose. Personalidade esquizotípica
Hipoparatiroidismo	Cefaleia, dor abdominal, espasmo carpopedal, espasmo laríngeo, parestesias, tetania	Agitação, alterações de memória, ansiedade, confusão, humor depressivo	Hipotensão arterial Hipocalcemia com albumina normal	Afastar transtornos de ansiedade e de humor

Doença	Sinais e sintomas médicos comuns	Sinais e sintomas mentais e comportamentais	Testes e achados laboratoriais	Problemas no diagnóstico e observações
Hipotireoidismo (mixedema)	Bradycardia, bócio, cabelo seco e quebradiço, constipação, fraqueza muscular, ganho de peso, intolerância ao frio, pele seca, sensibilidade incomum aos barbitúricos	Afeto deprimido, alucinações, apatia, Concentração diminuída, lentidão psicomotora, letargia, mudança de personalidade, paranoia, psicose que se assemelha a mania, sensibilidade incomum aos barbitúricos.	TSH ↑ TSH ↓ se houver doença pituitária T ₄ livre ↓	Mais comum em mulheres. Associado à lítoterapia. Afastar doença pituitária, doença hipotalâmica e transtorno depressivo e bipolar
Insuficiência adreno-cortical	Anorexia, coma, delirium, estupor, fadiga, hipotensão arterial, hiperpigmentação, Náuseas, Vômitos	Humor depressivo, letargia, Psicose	Eosinofilia Hipercalcemia Hiponatremia	Pode ser primária ou secundária. Afastar transtornos alimentares e de humor
Lúpus Eritematoso Sistêmico	Artralgias, cefaleia, febre, foto-sensibilidade, lesão em asa de borboleta	Alterações do humor, fadiga, Psicose	Anemia Anticorpos antinucleares + Teste LE + Trombocitopenia Pericardite Derrame pleural	Mais frequente em mulheres. Sintomas psiquiátricos em metade dos casos. Corticoterapia pode causar sintomas psicóticos. Afastar transtorno de humor e psicose
Síndrome de Cushing	Diminuição da força muscular, estrias vinhosas, hipertensão arterial, hirsutismo, obesidade central, Osteoporose, ulcerações frequentes	Delirium, humor depressivo, dificuldade de concentração, euforia, falta de energia Insônia, labilidade emocional, mania, psicose	Intolerância à glicose Teste de supressão da dexametasona anormal	Identificar outras causas como neoplasias. Risco de suicídio em casos não tratados. Afastar transtornos do humor

Doença	Sinais e sintomas médicos comuns	Sinais e sintomas mentais e comportamentais	Testes e achados laboratoriais	Problemas no diagnóstico e observações
<i>Neoplasias cerebrais</i>	Achados neurológicos focais, Anormalidades motoras e sensoriais, cefaleia, convulsões, delirium, equilíbrio e coordenação perturbados, papiledema, problemas visuais, vômitos	Alterações da fala, alterações de humor, alteração de personalidade, alucinações visuais, crises psicomotoras, irritabilidade, julgamento e memória prejudicados	Lesões focais Hipertensão intracraniana	Tumores cerebelares são mais frequentes na criança e gliomas na quinta década de vida. Afastar abscesso intracraniano, aneurisma, hematoma subdural, epilepsia, doença cerebrovascular, depressão reativa, mania, psicose, demência
<i>Porfíria intermitente aguda</i>	Constipação, dor abdominal, febre, náuseas e vômitos, neuropatia periférica, paralisia, taquicardia, sudorese	Agitação, alucinações visuais, episódio depressivo agudo fraqueza, Inquietação, paranoia	Leucocitose Ácido gama-amino-levulínico ↑ Porfobilinogênio ↑	Mais comum em mulheres de 20 a 40 anos. Pode ser precipitado por várias substâncias. Afastar abdome agudo, episódio psiquiátrico agudo
<i>Sífilis terciária</i>	Artrite, distress cardiovascular progressivo, distress respiratório, lesões cutâneas, placas leucodérmicas, periostite	Alterações de personalidade, comportamento irresponsável, confusão, desatenção nas atividades de vida diária, Irritabilidade, psicose	VDRL +, Anticorpos anti treponema, Líquor alterado	Afastar neoplasias, meningite, demência, transtornos de humor com sintomas psicóticos e Esquizofrenia

Doença	Sinais e sintomas médicos comuns	Sinais e sintomas mentais e comportamentais	Testes e achados laboratoriais	Problemas no diagnóstico e observações
Síndrome de Wernicke-Korsakoff	Encefalopatia de Wernicke (= risco de morte): Ataxia, confusão mental, febre, nistagmo, oftalmoplegia, vômitos	Psicose de Korsakoff: Amnésia, confabulação, déficit cognitivo	TC e RNM podem evidenciar lesões puntiformes nas regiões periventriculares, periaquedutal do tronco e diencéfalo	Deficiência de tiamina
Traumatismos cranianos	Alteração ou perda de consciência, cefaleia, Convulsão, História ou evidência de trauma, sangramento auricular, sinais neurológicos focais, paralisia, tontura	Alteração de personalidade, confusão, perturbação da memória	Alterações no RX de crânio, TC, angiograma cerebral e EEG	Confirmar história de traumatismo e afastar doença cerebrovascular, epilepsia, dependência de álcool, diabetes, encefalopatia hepática, transtorno depressivo, demência

6. Emergências Psiquiátricas

6.1 Delirium

Define-se esta síndrome psiquiátrica como uma alteração do nível de consciência associada à redução da capacidade de manter a atenção e presença de um déficit cognitivo (problemas de memória, orientação e linguagem) que não pode ser explicado por um quadro demencial preexistente.

A síndrome se desenvolve em curto período de tempo com características flutuantes durante o dia, dividindo-se em 3 categorias: *delirium* hiperativo (há agitação, inquietude e aumento excessivo ou inadequação da atividade motora ao contexto), *delirium* hipoativo (diminuição da atividade psicomotora e do discurso e apatia em que o paciente parece ausente ou distante do ambiente) e *delirium* do tipo misto (em que há

características dos hiperativo e hipoativo juntos). Em geral o *delirium* é secundário a uma causa orgânica (como uma infecção urinária), mas também pode ser decorrente a polifarmácia ou iatrogenia.

A seguir estão os principais achados nesta síndrome:

- Alterações cognitivas e comportamentais;
- Redução do nível de consciência e alteração da atenção e memória;
- Alterações de função executiva e capacidade de abstração;
- Déficits de linguagem;
- Desorientação temporo-espacial;
- Pensamento ilógico e desorganização do discurso, pode ocorrer pensamentos paranoides;
- Apatia, alucinações e delírios são comuns;
- Alterações da senso percepção, com ilusões visuais, alucinações visuais, olfativas e/ou táteis;
- Humor alterado, com predomínio de ansiedade, irritabilidade, perplexidade;
- Psicomotricidade em geral aumentada, mas também pode ocorrer retração, hipersonolência e lentificação psicomotora;
- Alteração do ciclo sono-vigília;

Como há um alto nível de mortalidade associada a esta síndrome (em torno de 50%) deve-se estabilizar os parâmetros vitais e direcionar o paciente para resolução da causa do *delirium*, encaminhando o usuário para a UPA.

6.2 Risco e tentativa de suicídio

Diferente do que se acredita, o fato de se investigar sobre pensamentos suicidas não aumenta o risco de suicídio e, sempre que pertinente, deve-se perguntar sobre o tema nos atendimentos da área de saúde. Os comportamentos suicidas podem ocorrer em diversas situações na saúde mental, contemplando quadros de depressão, dependência de substâncias psicoativas e até mesmo em casos mais graves como esquizofrenia.

A seguir apresentamos alguns termos relacionados ao suicídio para auxiliar o profissional da atenção primária (QUEVEDO E CARVALHO, 2014):

- **Intenção suicida:** expectativa subjetiva e desejo que um ato autolesivo resulte em morte.
- **Ideação suicida:** pensamentos de servir como agente de sua própria morte. Pode variar em gravidade, dependendo da especificidade de planos de suicídio e do grau de intenção suicida.
- **Tentativa de suicídio:** comportamento autolesivo com consequências não fatais, acompanhado de evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa pretendia morrer.
- **Tentativa abortada de suicídio:** comportamento potencialmente autolesivo com evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa pretendia morrer, mas a tentativa foi interrompida antes do dano ocorrido.
- **Letalidade do comportamento suicida:** ameaça objetiva para a vida associada a um método ou ação suicida.
- **Suicídio:** morte autoprovocada com evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa pretendia morrer.

O que fazer quando se está diante de um paciente que tentou o suicídio?

- Maneje clinicamente a emergência médica e, em seguida, avalie o risco de novas tentativas;
- Evite críticas, ironias, julgamentos ou demonstração de irritabilidade; mostre-se solidário e disposto a ouvir;
- Auxilie o paciente a elaborar respostas alternativas para resolver sua situação;
- Ofereça apoio realista, evite apoio superficial (“tudo vai melhorar”, “seu esposo voltará”);
- Pesquise as razões que o paciente tem para viver, e enfatize estes aspectos;
- Oriente os familiares sobre o problema do usuário e peça sua colaboração, alertando sobre riscos e necessidades intensivas de proteção;
- Pergunte diretamente sobre a possibilidade de planejamento ou novas tentativas
- Consulte Manual de Prevenção ao Suicídio* do Ministério da Saúde, disponível em sua Unidade, para melhor abordagem e intervenção;

*Referência: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf

- Notifique a tentativa de suicídio na Ficha de Notificação Individual – Violência Interpessoal/Autoprovocada;
- Avalie a intensidade do risco para suicídio para definição do plano de cuidados (Tabela 28) e identificação do ponto de atenção mais adequado para o acompanhamento (Tabelas 29, 30, 31 e 32);

Tabela 29: Manejo do profissional de acordo com Intensidade do risco para suicídio

Manejo do profissional de acordo com Intensidade do risco para suicídio
<p>Baixo risco: pensamentos suicidas, sem planos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio emocional; • Permitir que fale de seus sentimentos suicidas; • Focalizar aspectos positivos; • Encaminhar a um profissional de saúde para acolhimento e escuta ativa, caso não exista suporte psicossocial (Igreja, família, amigos, trabalho, etc.); • Manter contato em intervalos regulares; • Monitoramento pela equipe APS e família.
<p>Médio risco: pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio emocional; • Permitir que fale de seus sentimentos suicidas; • Focalizar aspectos positivos; • Encaminhar a um profissional de saúde mental (psicólogo ou psiquiatra) o mais breve possível; • Focalizar sentimentos de ambivalência entre morrer e viver; • Explorar alternativas ao suicídio; • Estabelecer contratos e combinados com o paciente para que ele não tente suicídio sem avisar a equipe de saúde ou por um período específico; • Pedir autorização para entrar em contato com as pessoas e reforçar apoio; • Orientar sobre medidas de proteção; • Ofertar medicamentos de proteção ao suicídio (ex. Lítio); • Monitoramento pela equipe APS e família.

Alto risco: tem plano definido, tem meios e planeja suicidar prontamente. Atenção para as medidas finalizadoras: despedidas, acertos de contas, visitas, cartas.

- Permanecer com a pessoa, não deixá-la sozinha;
- Remover objetos próximos que ofereçam risco à sua integridade física (pílulas, facas, inseticidas, armas);
- Fazer contrato (para não cometer suicídio por um período de tempo);
- Chamar o médico imediatamente e, se necessário, solicitar o apoio do NASF;
- Providenciar ambulância e encaminhar para hospitalização;
- Informar a família e reafirmar seu apoio;
- Internação involuntária pode ser necessária;
- Ofertar medicamentos de proteção ao suicídio (ex. Lítio);
- Monitoramento pela equipe APS e família, na vigência e após a intervenção indicada.

Indicações de dispositivos de tratamento nos casos de risco para o suicídio:

Hospitalização

- Quadro psicótico agudo;
- Tentativa violenta, quase letal, ou premeditada;
- O usuário tomou precauções para dificultar o resgate ou a descoberta;
- Persistência do plano ou clara presença de intenção;
- Paciente com remorso de estar vivo ou sem remorso de ter tentado o suicídio;
- Paciente do sexo masculino, com mais de 45 anos, doença psiquiátrica recente e pensamentos suicidas;
- Paciente com limitação do convívio familiar, suporte social precário, perda da condição socioeconômica;
- Comportamento impulsivo persistente, agitação grave, pouca crítica, recusa evidente de ajuda;
- Alterações do estado mental devido a causas orgânicas que necessitem pesquisa da causa ou tratamento hospitalar (internamento clínico);
- Ideação suicida com plano específico de alta letalidade ou alta intencionalidade.

Centro de Atenção Psicossocial-CAPS**Ideação suicida com:**

- Transtorno psiquiátrico grave;
- Tentativas anteriores de suicídio, particularmente com sérias repercussões clínicas;
- Problemas clínicos preexistentes (problema neurológico, câncer, infecção...);
- Falta de crítica ou incapacidade para colaborar com a estrutura hospitalar, ou impossibilidade de acompanhar um tratamento ambulatorial;
- Necessidade de ajuda de uma equipe para medicar;
- Necessidade de observação constante, realização de testes clínicos ou rastreamento de diagnósticos que necessitam estrutura hospitalar (internamento clínico);
- Suporte familiar e social limitado;

Ausência de tentativa de suicídio ou do relato de ideação suicida com:

- Planejamento e intenção de suicídio evidente pela evolução psiquiátrica do quadro, e/ou histórias prévias que sugiram alto risco de suicídio e um aumento recente dos fatores de risco para suicídio.

Ambulatório**Depois de uma tentativa de suicídio ou na presença de ideação suicida:**

- Quando existiram claros eventos desencadeantes (fracasso em uma prova, dificuldades de relacionamentos, particularmente se a visão do paciente frente à sua dificuldade tenha mudado após sua vinda ao atendimento);
- Na presença de plano, método e intenção com baixa letalidade;
- Existência de suporte familiar e psicossocial estáveis;
- Capacidade de colaborar com recomendações para o acompanhamento ambulatorial de forma contínua, mantendo contato com seu médico e equipe de saúde;
- Paciente com uma ideação suicida crônica e/ou autolesão sem repercussão clínica grave, apresentando suporte familiar e psicossocial estáveis, ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento.

Internação domiciliar

- Baixo risco de suicídio;
- Supervisão disponível com suporte adequado em casa;
- Vigilância/retirada de medicamentos potencialmente letais, armas brancas e de fogo;
- Manutenção de abstinência de álcool e drogas que possuem efeitos desinibitórios;
- Vedação de acesso a locais elevados e sem proteção;
- Possibilidade de evitar que o paciente fique sozinho ou trancado em um recinto;
- Revezamento de familiares e amigos na tarefa de vigilância;
- Possibilidade de ser realizado um contrato de “não suicídio”.

6.3 Agitação Psicomotora (APM)

Nas crises, em saúde mental, podem haver momentos de piora dos sintomas psiquiátricos desencadeados por alguma situação vivenciada, levando a um sofrimento psíquico para o paciente e, muitas vezes, àqueles que estão à sua volta. Uma das situações comuns nas crises são os episódios de Agitação Psicomotora (APM) que podem ser definidos como um aumento das atividades motoras e cognitivas de maneira improdutivo, muitas vezes geradas por tensões internas dos pacientes. Nestes casos há inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada a estímulos, irritabilidade, atividade motora e/ou verbal aumentada.

O profissional, que realiza o atendimento do usuário em APM, pode identificar sinais que podem levar a uma situação de heteroagressividade e violência, e, conforme cada caso há uma conduta mais adequada.

Prevenir agressão detectando sinais de violência, como:

- Comportamento ameaçador;
- História de violência, homicídio, assalto, prisões;
- Porte de armas e objetos que possam ser instrumentos de agressão;
- Intoxicações por álcool ou droga;
- Síndrome cerebral orgânica;
- Alucinações auditivas determinando a prática de atos violentos contra si ou outros.

A. Contenção Verbal

- Identifique-se;
- Chame o usuário pelo nome e repita-o várias vezes durante a abordagem;
- Comunique que está ali para ajudá-lo;
- Utilize frases curtas e claras, repetindo-as se necessário;
- Certifique-se de que o paciente está compreendendo o que está sendo dito.
- Mantenha distância adequada para sua proteção;
- Afaste “curiosos”;
- Explique, a cada procedimento, o que será realizado (não engane o paciente);
- Estimule-o a falar sobre como está sentindo a situação, procurando acalmá-lo e auxiliá-lo na percepção da realidade;

Obs.: Certifique-se de que poderá contar com a ajuda de outros membros da equipe caso haja violência.

B. Contenção Química

A prescrição da contenção química é de atribuição exclusiva do médico, em casos de necessidade clínica e como último recurso.

Evite a sedação completa, pois ela dificulta a avaliação diagnóstica do paciente, especialmente caso decida-se encaminhá-lo para avaliação de outro equipamento da rede.

Tabela 30: Psicofármacos utilizados na contenção química

Psicofármacos utilizados na contenção química			
Psicofármaco	Posologia	Indicações	Inconvenientes
Haloperidol	5mg, IM, cada 30 minutos, até a diminuição dos sintomas. Máximo: 6 doses, monitorando sinais vitais e efeitos colaterais	Primeira escolha em quadros psicóticos e episódios maníacos	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas extrapiramidais (tremores e risco de distonia muscular aguda); • Contraindicado em intoxicações por inalantes.

Psicofármaco	Posologia	Indicações	Inconvenientes
Clorpromazina	25mg, IM	Segunda escolha em quadros psicóticos	<ul style="list-style-type: none"> • Maior poder de sedação; • Risco aumentado de formação de abscessos e reações granulomatosas; • Causa hipotensão e efeitos anticolinérgicos; • Contraíndicado em intoxicações por inalantes.
Diazepam	5 a 10mg Na abstinência alcoólica: 10mg a cada 2 horas nas primeiras 24 horas.	Primeira escolha em abstinência de álcool ou de drogas hipnóticas; em intoxicação por cocaína, alucinógenos, inalantes, maconha e anticolinérgicos; em quadros não psicóticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Início da ação VO não é rápido; • Efeito sedativo; • Risco de depressão respiratória; • Efeito paradoxal eventual; • Não usar a via intramuscular-IM em intoxicações por alucinógenos, maconha, cocaína e anticolinérgicos; • Evitar via endovenosa - EV.

Fonte: CORDIOLI (2015)

C. Contenção Física

A contenção física é um procedimento caracterizado pela imobilização do usuário por membros da equipe que o seguram de forma técnica com as mãos.

É necessária a nomeação do condutor do processo, de preferência alguém mais experiente, responsável por anunciar a decisão para o usuário e que vai pontuando, verbalmente, os passos e porquês para a equipe e usuário. É também, o único profissional que, em tese, se dirige ao usuário, sendo responsável por proteger a cabeça e monitorar vias aéreas e sinais vitais durante a instalação do procedimento;

- Deve-se manter uma distância segura do paciente;
- Abordar primeiramente os membros superiores;
- O condutor do processo deve estar no centro do grupo e seguir com sua equipe até o paciente;
- No momento que o paciente estiver ao alcance, o líder vocaliza um comando.
Exemplo: “Agora”;

- A imobilização deve ser iniciada com a participação imediata e simultânea de toda a equipe;
- A contenção deve ser realizada sobre membros específicos: punhos, ombros, terço distal da coxa, terço proximal da perna;
- A imobilização estando instável o líder deve pedir reforço concentrando duas pessoas no punho e duas nos ombros;
- Não havendo estabilização na imobilização o líder deve interrompê-la e readequar a dimensão e composição da equipe.
- A contenção física é permitida em menores respeitando as limitações físicas e de desenvolvimento infantil;

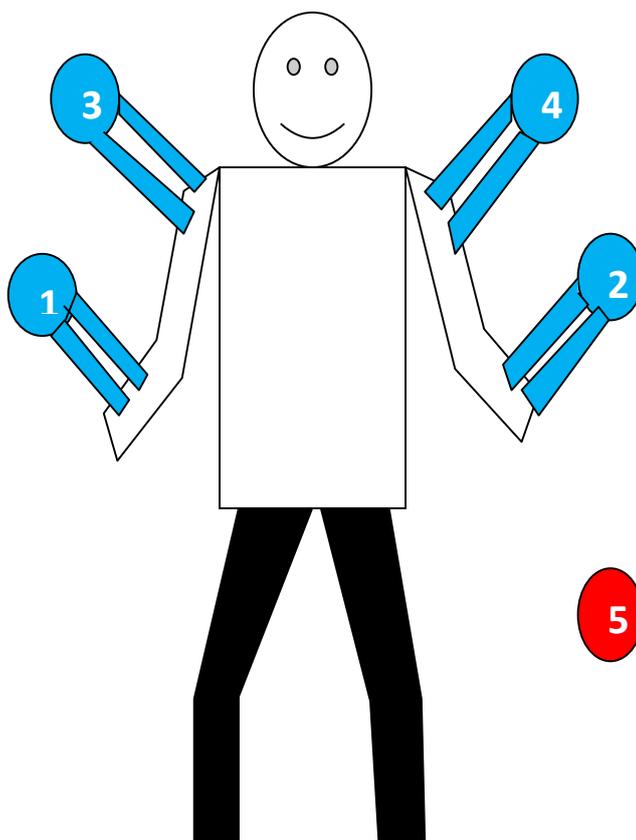


Figura 5: Exemplo de contenção física

D. Contenção Mecânica

A contenção mecânica é a restrição dos movimentos por meios indiretos ou seja quando é necessária a mobilização do usuário com faixas de contenção ou assemelhados.

Não é permitido realização da contenção mecânica em crianças, somente a partir de 12 anos.

O Conselho Federal de Medicina (resolução 1598/2000, artigo 11) pontua que a contenção mecânica é procedimento médico, devendo ser acompanhado diretamente por um auxiliar do corpo de enfermagem, durante todo o tempo. O Conselho Federal de Enfermagem (parecer técnico 032/2009), define que a contenção até pode ser realizada na ausência do profissional médico, desde que haja protocolo institucional instituído.

- Material: faixas de contenção, padronizadas pela instituição;
- Realizar a contenção de 4 ou 5 pontos, num leito e com faixas de contenção confortáveis e adequadas, monitorando sinais vitais;
- Permitir a restrição dos movimentos por período suficiente para que seja efetiva a contenção;
- O leito para realização da contenção mecânica deve estar preparado: posição horizontal, longe da parede, permitindo circulação por todos os lados e 04 faixas de contenção (no mínimo) apropriadas para o procedimento padrão da instituição.
- Enquanto uma parte da equipe posiciona o usuário no leito, outro profissional determinado como líder utilizando as faixas apropriadas, contém o usuário mantendo o corpo alinhado em posição anatômica;
- Assim que um membro é contido, o funcionário livre deve auxiliar o coordenador da ação para agilizar o procedimento e aos poucos sendo possível liberar os profissionais presentes para outras atividades;
- Após todos os membros estarem contidos, é necessário avaliar se os nós não estão muito firmes (um dedo de folga é uma medida segura) para evitar garroteamento e suas complicações;
- Mesmo contido, se o usuário continuar se debatendo, a faixa pode ser utilizada, passando sobre o peitoral do usuário e tendo suas extremidades fixadas no estrado. Sua localização deve ser abaixo da altura das axilas, para não pressionar o plexo braquial e atentar para não comprimir mamilos ou mamas;
- É obrigatório a presença de um profissional da enfermagem junto ao usuário contido e de 30 em 30 min deve monitorar os sinais vitais e nível de consciência, proporcionando conforto e cuidados necessários ao paciente;

- Na necessidade de aguardar o SAMU, para remoção do usuário contido para serviço de referência, após o expediente do serviço, será necessária a permanência mínima de 03 profissionais durante todo tempo de espera.
- É importante discutir o procedimento na equipe e com o paciente que foi contido, num tempo posterior, o mais breve possível, se possível com família também.
- Registrar em prontuário informando quais membros foram submetidos à contenção, horário de início e término da contenção, assim como possíveis intercorrências.

Obs: Para a prática segura e eficaz das técnicas de contenção (física e mecânica) é indicado treinamento específico para a equipe de profissionais.

7. GRUPO F -Transtorno do Desenvolvimento Intelectual – Retardo Mental

Caracteriza-se por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência. Os déficits resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, de modo que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade.

O retardo mental, como o nome implica, é diagnosticado quando um indivíduo não atinge os marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual. Esse diagnóstico é utilizado para indivíduos que estão incapacitados de participar de avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças jovens demais para participar de testes padronizados. A deficiência intelectual pode ser consequência de uma lesão adquirida no período do desenvolvimento, decorrente, por exemplo, de traumatismo craniano grave, situação na qual um transtorno neurocognitivo também pode ser diagnosticado.

Tabela 31: Tipos de Retardo Mental

Tipos de Retardo Mental (RM)			
RM Leve	RM Moderado	RM Grave	RM Profundo
Em adultos, idade mental de 9 a 11 anos.	Em adultos, idade mental de 6 a 8 anos.	Em adultos, idade mental de 3 a 5 anos.	Adultos com idade mental abaixo de 3 anos.
Dificuldades de aprendizagem Muitos adultos irão trabalhar, manter bons relacionamentos sociais e contribuir para a sociedade	Marcantes atrasos do desenvolvimento. A maioria desenvolve algum grau de independência no autocuidado e adquire habilidades adequadas de comunicação e acadêmicas Graus variados de apoio para viver e trabalhar na comunidade.	Necessidade contínua de apoio	Limitação severa no autocuidado, na continência, na comunicação e na mobilidade.

Tratamento / Manejo:

Medicações: para as comorbidades, controle de sintomas (agitação, agressividade, impulsividade) e sintomas psicóticos.

Orientação familiar ou responsáveis: Fundamental para apoio no desenvolvimento considerando as limitações de acordo com o grau de retardo identificado, devendo se objetivar níveis possíveis de independência, participação social e bem estar possível.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior**, 2010.

BASTOS, C. L. **Manual do exame psíquico**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

CORDIOLI, Aristides Volpato; GALLOIS, Carolina Benedetto; ISOLAN, Luciano (Org.). **Psicofármacos: consulta rápida**. 5ª ed. Porto alegre: Artmed, 2015.

DALGARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2 ed. Porto alegre, Artmed, 2008.

CHIAVERINI, Dulce Helena, *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

EBERT, M. H. (Ed.); LOOSEN, P. T. (Ed.); NURCOMBE, B. (Ed.). **Current: diagnosis & treatment in psychiatry**. New York: McGraw-Hill, 2000.

FULLER, M. A.; SAJATOVIC, M. **Drug information handbook for psychiatry**. 2. ed. Lexi-Comp: Ohio. 2000.

GONÇALVES, D.A; ALMEIDA, N.S; BALLESTER, D.A; CHAZAN, L.F; CHIAVERINI, D; FORTES, S; TOFOLI, L.F *Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009, 6 p.

KLEBER, h. d. et al. **Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders**. 2. ed. Ago. 2006.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S.; JERÔNIMO, C.; Marques, A. M. et. Al. **Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento**. JBDQ, 2000; 1:5-16.

MARQUES, A. C. P. R. e CRUZ, M. S. **O adolescente e o uso de drogas**. Rev. Bras. Psiquiatr., Dec. 2000, vol. 22 suppl. 2, p. 32-36.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002. 88 23

MIGUEL, Eurípedes Constantino; GENTIL, Valentim & GATTAZ, Wagner Farid. **Clínica Psiquiátrica**. Barueri, SP: Manole, 2011.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos Mentais e de Comportamento do CID 10: Descrições Clínicas e diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais**.

Neurológicos e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas nos serviços de atenção à saúde não especializados. Brasil. 2015

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Oficina do APSUS: Formação e Qualificação Profissional em Atenção Primária**. Oficina 8 Saúde Mental. 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Saúde Mental**. Curitiba: SESA, 2014.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Manual do Programa de Saúde Mental em Curitiba: Mais Atenção Para Quem Precisa.** Curitiba, 1999.

PROCHASKA E DI CLEMENTE RAMOS, R.T. **Tratamento do transtorno de pânico com antidepressivos tricíclicos.** Revista de Psiquiatria Clínica. v.28, n.1, 2001.

QUEVEDO, João; CARVALHO, André F. **Emergências psiquiátricas.** Artmed Editora, 2014.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALVADOR, P.T.C.O. *et al.* **Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem.** Revista Enfermagem UERJ. 2012; 20 (1): 111-7.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência e da Saúde. **Protocolo do Estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA).** São Paulo: SEDPcD, 2013.

SCOTT, 1995, WEISSMANN E MARKOWITZ, 1994 YACUBIAN, J., MINUTENTAG, N. **Tratamento do transtorno de pânico com inibidores seletivos da recaptura de serotonina.** Revista de Psiquiatria Clínica. v.28, n.1, 2001.

TREASURE, J. **Motivational interviewing.** Adv. Psych. Treat. 2004. vol. 10, p. 331-337.

World Health Organization. **Mental health policy, plans and programmes – Ver. Ed.** (Mental health policy and service guidance package). Singapore, 2004.

ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. R.; MARQUES, A. C. P. R et al. **Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias.** Jun. 2006, vol. 28, n. 2, p. 142-148.

ANEXO**Presidência da República****Casa Civil****Subchefia para Assuntos Jurídicos****LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, à qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant