



Linha de Cuidado da Saúde Mental

Rede de Atenção Psicossocial

SECRETÁRIO DA SAÚDE

Jean Rodrigues da Silva

DIRETORA TÉCNICA DE MEDICINA

Luana Garcia Ferrabone

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mário José Bruckheimer

DIRETORIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE E SERVIÇOS ESPECIAIS

Marlene Bonow Oliveira

GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Anna Paula Pinheiro

GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fabiane Voss – Distrito Centro

Flávia Schwinden Müller – Distrito Sul

Vanessa Cardoso Pacheco – Distrito Norte

GERÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIAIS

Akadenilques de Oliveira M. S. Kudla

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Roselaine Elisa Radtke

ELABORAÇÃO

Luci Leia Honorato de Carvalho – Psicóloga, Apoio Técnico da Saúde do Adulto (Coordenação da Saúde da Família)

Marlon Willfried Fritze Soares – Psiquiatra, Gerência de Gestão Estratégica e Articulação da Rede em Saúde

COLABORAÇÃO

Ana Lúcia Alves Urbanski – Terapeuta Ocupacional, Gerente da Unidade de Saúde do Servidor

Ângela Andréa de França – Terapeuta Ocupacional, Coordenadora UBSF Bakita

Camila Silva – Enfermeira, Hospital São José

Carin Albino Lucolli Tonchuk – Psiquiatra, CAPS AD

Douglas Calheiros Machado – Enfermeiro, Diretor de Gestão Hospitalar do Hospital São José

Flávia Favaretto – Agente Administrativo, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Kátia Pessin – Assistente Social, Coordenadora CAPS Infantojuvenil

Guilherme Carvalho dos Reis Lima – Médico, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Juliana Prebianca – Psicóloga, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre – Farmacêutica, Gerente da Gerência de Assistência Farmacêutica e Laboratório Municipal

Maria Simone Pam – Médica, Reguladora da Atenção Primária à Saúde

Nasser Haidar Barbosa – Psicólogo, CAPS Infantojuvenil

Patricia Cristiane Wielewski - Agente Administrativo, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Patricia Luzia Johann Teochi – Pedagoga, CREAS 2

Rosemeri Aparecida Maciel – Enfermeira, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Roselaine Elisa Radtke – Psicóloga, Coordenação Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Shirlei Vicente – Terapeuta Ocupacional, Hospital São José

Sibele da Costa Pereira – Psicóloga, Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes

Vivianne Samara Conzatti – Psicóloga, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Tratamento em urgências e emergências em Saúde Mental	42
Figura 02 – Fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial – SES/Joinville	52
Figura 03 – Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica	64
Figura 04 – História natural da síndrome demencial comparada ao envelhecimento normal	84
Figura 05 – Avaliação diagnóstica dos quadros demenciais	89
Figura 06 – Comportamento suicida ao longo da vida	140
Figura 07 – Fluxograma de atendimentos ao suicídio	151
Figura 08 – Fluxograma de atendimento de <i>Delirium</i>	160
Figura 09 – Fluxograma de atendimento usuário com agitação ou agressividade	170
Figura 10 – Fluxograma de atendimento do usuário com TEA e TEPT	186
Figura 11 – Gravidade e duração dos sinais e sintomas da SAA	201
Figura 12 – Algoritmo para emergências com substâncias psicoativas	207
Figura 13 – Transtorno de aprendizado ou Transtorno de conduta	281

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	25
Quadro 02 – Medicamentos sujeitos a controle especial pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	46
Quadro 03 – Medicamentos sujeitos a controle especial pertencentes ao Elenco Básico de Medicamentos	46
Quadro 04 – Medicamentos sujeitos a controle especial presentes na Caixa de emergência das Unidades de Saúde	47
Quadro 05 – Medicamentos sujeitos a controle especial de uso Exclusivo dos Prontos Atendimento e Unidades de Saúde Mental.....	47
Quadro 06 – Riscos da doença afetiva e ansiosa não tratada	58
Quadro 07 – Escala de Katz – Atividades de Vida Diária (AVD)	60
Quadro 08 – Escala de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	61
Quadro 09 – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	62
Quadro 10 – Exames de rotina	67
Quadro 11 – Exames baseados em julgamento clínico	67
Quadro 12 – Medicamentos e efeitos colaterais	71
Quadro 13 – Critérios diagnósticos de fibromialgia do <i>American College of Rheumatology</i>	76
Quadro 14 – Medicações antirretroviral e interação com psicotrópicos	80
Quadro 15 – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	87
Quadro 16 – Indicadores de saúde para vários níveis da 25-OHD ₃	103
Quadro 17 – Tratamento da hipovitaminose D	103
Quadro 18 – Diagnóstico diferencial do <i>delirium</i>	156
Quadro 19 – Fatores de risco para agressividade e violência	162
Quadro 20 – Técnicas de atenuação	167
Quadro 21 – Medicamentos recomendados para o tratamento da agitação aguda	171
Quadro 22 – Principais medicações utilizadas em emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes	173
Quadro 23 – Recomendações sobre tratamento durante a gestação e puerpério	174
Quadro 24 – Medicamentos prescritos para idosos, benefícios e riscos	177
Quadro 25 – Mitos e verdades	179
Quadro 26 – <i>Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)</i>	202
Quadro 28 – <i>Cut down / Annoyed / Guilty / Eye-opener Questionnaire (CAGE)</i>	210
Quadro 29 – Níveis plasmáticos de álcool (mg%), sintomatologia relacionada e condutas	211
Quadro 30 – Teste de Fagerström para dependência da nicotina	217
Quadro 31 – Cocaína: formas ilícitas de apresentação	219
Quadro 32 – Principais características da alteração da personalidade na dependência química	221

Quadro 33 – Sinais e sintomas decorrentes do consumo da maconha	230
Quadro 34 – Déficits motores e cognitivos observados durante a intoxicação aguda de maconha	231
Quadro 35 – Classificação dos benzodiazepínicos (não disponíveis na REMUME Joinville e são prescritos conforme critério médico, descritos aqui para informação educacional)	238
Quadro 36 – Diagnóstico diferencial do transtorno afetivo bipolar	250
Quadro 37 – Lista de Exames	253
Quadro 38 – Psicofármacos no tratamento de transtorno afetivo com episódios de mania	253
Quadro 39 – Medicamentos indicados para o acompanhamento de episódios maníacos	254
Quadro 40 – Utilização de psicofármacos no tratamento da depressão bipolar	256
Quadro 41 – Medicamentos indicados no tratamento do episódio depressivo	256
Quadro 42 – Neurolépticos disponíveis	273
Quadro 43 – Desenvolvimento da linguagem	278
Quadro 44 – Alterações da linguagem	279
Quadro 45 – Causas dos transtornos da linguagem.....	280
Quadro 46 – Sinais de alerta para o TEA	292
Quadro 47 – Instrumento de triagem para o TEA	294
Quadro 48 – Fármacos tradicionais úteis no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	309
Quadro 49 – Indicações para internação completa ou parcial – Anorexia nervosa	321
Quadro 50 – Indicações para internação completa ou parcial – Bulimia nervosa	332
Quadro 51 – Violência física	346
Quadro 52 – Evoluções cromáticas das lesões	348
Quadro 53 – Questionário preliminar de identificação da Síndrome de <i>Burnout</i>	375

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

AA: Alcoolicos Anônimos
AAIDD: Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento
AAS: Ácido Acetilsalicílico
ABP: Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS: Agente Comunitário de Saúde
ACTH: Hormônio Adrenocorticotrófico
ADT: Antidepressivo Tricíclico
ADTC: Antidepressivos Tricíclicos
AIDS: *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AIH: Autorização de Internação Hospitalar
AINH: Anti-Inflamatórios não Hormonais
AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária
AN: Anorexia Nervosa
AP: Antipsicótico
AP: Atenção Primária
APA: *American Psychiatric Association* (Associação Americana de Psiquiatria)
≅: Aproximadamente Igual
APS: Atenção Primária à Saúde
AVC: Acidente Vascular Cerebral
AVD: Atividades de Vida Diária
BCC: Bloqueadores de Canal de Cálcio
bpm: Batimentos por minutos
BN: Bulimia Nervosa
BZD: Benzodiazepínicos
CAGE: *Cut down / Annoyed / Guilty / Eye-opener Questionnaire*
CALOCUS: *Child and Adolescent Levels of Care Utilization System*
CAM: *Confusion Assessment Method*
CAMCOG: *Cambridge Cognitive Examination*
CAP: Compulsão Alimentar Periódica
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS IJ: Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CAS: *Stent* da Artéria Carótida
CBAF: Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CBCL: *Child Behavior Checklist*
CDT: *Transferrina* Carboidrato-Deficiente
CEA: *Carotid Endarterectomy* (Endarterectomia de Carótida)
CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CENTRO POP: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CER: Centros Especializados de Reabilitação
CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFM: Conselho Federal de Medicina
CID: Classificação Internacional de Doenças
5-HT3: 5-hidroxitriptamina, enteramina ou serotonina
CHAT: *Checklist for Autism in Toddlers*
CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade
CIWA-Ar: *Clinical Institute Withdrawal Assesment for Alcohol* (Classificação da Gravidade da Síndrome da Abstinência do Alcoólica)
cm: Centímetro
CNS: Cartão Nacional de Saúde
COAP: Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CPAP: *Contiunous Positive Airway Pressure*
CRAS: Centro de Referência em Assistência Social
CREAS: Centro de Referência em Assistência Social, Proteção Social Especial
CYP2B6: Enzima Hepática
CYP2C19: Enzima Hepática
CYP2C9: Enzima Hepática
CYP2D6: Enzima Hepática
CYP3A4: Enzima Hepática
DAE: Drogas Antiepilépticas
DCL: Demência dos Corpúsculos de *Lewy*
DE: Despersonalização
DEL: Distúrbios Específicos de Linguagem
DFT: Demência Fronto Temporal
DI: Deficiência Intelectual
DIAF: Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado
DM: Diabetes Mellitus
DNA: Ácido Desoxirribonucléico
DP: Doença de Parkinson
DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – quatro
DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – cinco
DT: *Delirium Tremens*
eAPP: Equipe de Atenção Primária Prisional
ECA: Enzima Conversora de Angiotensina
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
ECG: Eletrocardiograma
eCR: Equipe de Consultório na Rua
ECT: Eletroconvulsoterapia

EDM: Episódio Depressivo Maior

EE: Exaustão emocional

EEG: Eletroencefalografia

EIP: Esquizofrenia de Início Precoce

ELISA: *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*

EPDS: *Edimburg Postpartum Depression Scale* (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo)

ESCALA SS: *Symptom Severity* (Escala de Gravidade de Sintomas)

eSF: equipe de Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

EUA: Estados Unidos da América

EV: Via Endovenosa

FAE: Farmácia Escola

FAN: Fator Antinuclear

FC: Frequência Cardíaca

FDA: *Food and Drug Administration*

g: Grama

GABA: Ácido gama-aminobutírico

GAMA GT: Gama Glutamil Transferase

GATs: Pesquisa Especial de Tabagismo

GDS: *Geriatric Depression Scale* (Escala de Depressão Geriátrica)

GECOR/SUR: Gerência dos Complexos Reguladores / Superintendência de Serviços Especializados e Regulação

GGT: *Enzima* Gama Glutamil Transferase

GM/MS: Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde

H: Horas

H2: Hidrogênio

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

Hb Glicada: *Hemoglobina Glicada*

HbsAg: Substância Presente na Superfície do Vírus da Hepatite B

HCV: Vírus da Hepatite C

HD: Hospital-dia

HGT: Hemoglicoteste

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HJAF: Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria

HSJ: Hospital São José

SHSs: Homens que Fazem Sexo com Homens

HRHDS: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva

IG: Idade Gestacional
IgE: Imunoglobulina E
ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idoso
IM: Intramuscular
IMAO: Inibidores da Monoamino-oxidase
IMC: Índice de Massa Corpórea
INPAD: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas
IQCODE: *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*
IRSS: *International Review for the Sociology of Sport*
IRSN: Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS: *Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina*
IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITU: Infecção do Trato Urinário
IV: Intravenosa
KCI: Cloreto de potássio
kg: Quilograma
kg/m²: Quilograma por metro quadrado
LA: Liberdade Assistida
LC: Linha de Cuidado
LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LES: Lúpus Eritematoso Sistêmico
LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LME: Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento(s)
LSD: *Lysergic acid diethylamide* (Dietilamida Ácido Lisérgico)
MAO: Inibidores da Monoaminoxidase
mcg: Micrograma
M-CHAT: *Modified Checklist for Autism in Toddlers*
MEEM: Mini Exame do Estado Mental
mEq: Miliequivalente
mEq/l: Miliequivalente por litro
min: Minutos
mg: Miligrama
mg %: Miligrama por porcentagem
mg/dia: Miligrama por dia
mg/dL: Miligramas por decilitro
mg/dose: Miligrama por dose
mg/kg: Miligrama por quilograma
mg/kg/dia: Miligrama por quilograma por dia
mg/kg/dose: Miligrama por quilograma por dose

mg/mL: Miligrama por mililitro

mL: Mililitro

MMSE: *Mini-Mental State Examination*

MS: Ministério da Saúde

MS/GM: Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro

MS/SAS: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde

MSMs: Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres

NA: Anorexia Nervosa

NaCl: Cloreto de sódio

NAIPE DI/TEA: Núcleo de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência Intelectual e do Transtorno do Espectro do Autismo

NARAS: Núcleo de Apoio às Redes de Atenção à Saúde

NASF: Núcleo de Saúde da Família

ng/mL: Nanogramas por Mililitro

NIDA: *National Institute on Drug Abuse*

nmol/L: Nanomol por Litro

NMN: N-metil-nicotinamida

NPVA: Núcleo de Prevenção à Violência e Acidentes

nº: Número

OHD₃: Vitamina D

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONG: Organização não Governamental

OPM: Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

PA: Pressão Arterial

PA 24 horas: Pronto Atendimento 24 horas

PAIF: Programa de Atenção Integral às Famílias

PAV: Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência

PCDI: Serviço de Proteção Social para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias

PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

pCO₂: Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PDSS: *Postpartum Depression Screening Scale*

PECS: *Picture Exchange Communication System*

PET Scans: *Positron Emission Tomography*

p. ex.: por exemplo

PH: Potencial Hidrogeniônico

PKU: Fenilcetonúria

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica

PNAISP: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

Pós-IM: Pós Infarto do Miocárdio

PO2: Pressão Parcial de Oxigênio
PSC: Prestação de Serviços a Comunidade
PSG: Polissonografia
PTS: Projeto Terapêutico Singular
§: Parágrafo
%: Por cento
QDC: Questionário do Desenvolvimento da Comunicação
QI: Quociente Intelectual
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial
RAS: Rede de Atenção à Saúde
RD: Redução de Danos
REMUME: Relação Municipal de Medicamentos da Atenção Básica
RM: Ressonância Magnética
RP: Baixa Realização Profissional
SAA: Síndrome de Abstinência do Álcool
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAOS: Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono
SAPS: Serviço Ambulatorial de Psiquiatria
SAS: Secretaria de Assistência Social
SC: Santa Catarina
SEI: Sistema Eletrônico de Informação
SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SNAP-IV: Questionário Usado no Diagnóstico Coadjuvante do TDAH
SEAS: Serviço Especializado em Abordagem Social
SEP: Sintomas Extrapiramidais
SER: Serviço Especializado em Reabilitação
SES/Joinville: Secretaria da Saúde / Joinville
SES/SC: Secretaria da Saúde / Santa Catarina
SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIG: Sistema Integrado de Gestão
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG: Sistema de Regulação
SNA: Sistema Nervoso Autônomo
SNC: Sistema Nervoso Central
SOE: Sem Outra Especificação
SOIS: Serviço Organizado de Inclusão Social
Sono NREM: Movimento não Rápido dos Olhos
Sono REM: Movimento Rápido dos Olhos
SOF: Segunda Opinião Formativa
SPA: Substância Psicoativa

SPI: Síndrome das Pernas Inquietas
SRT: Serviço Residencial Terapêutico
SUAS: Sistema Único de Assistência Social
SUS: Sistema Único de Saúde
SUS/SIGTAP: Sistema Único de Saúde / Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
TA: Transtorno Alimentar
TAB: Transtorno Afetivo Bipolar
TAP: Tempo e Atividade da Protrombina
T-A-DA: *Tolerate, Antecipate, Don'tAgitated*
TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada
TB: Transtorno de Humor Bipolar
TBI precoce: Transtorno Bipolar de Início Precoce
TBI tardio: Transtorno Bipolar de Início Tardio
TC: Tomografia Computadorizada
TCAP: Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
TCC: Tomografia Computadorizada de Crânio
TCE: Traumatismo Crânio-encefálico
TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA: Transtorno do Espectro do Autismo
TEPT: Transtorno de Estresse Pós-traumático
TFD: Tratamento Fora de Domicílio
TGO: Transaminase Glutâmico-Oxalacética
TGP: Transaminase Glutâmico-Pirúvica
THC: Tetra-hidrocanabinol
TID: Transtorno Invasivo do Desenvolvimento
TMC: Transtornos Mentais Comuns
TMO: Transtornos Mentais Orgânicos
TOC: Transtorno Obsessivo-compulsivo
TP: Transtorno do Pânico
TP: Transtorno de Personalidade
T4: Hormônio Tiroxina
TR: Teste Rápido
TSH: Hormônio Estimulante da Tireóide
TTP ATIVADA: Tempo De Tromboplastina Parcial Ativada
U: Unidade
UAA: Unidade de Acolhimento Adulto
UBS: Unidades Básicas de Saúde
UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família
UI: Unidade Internacional
UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

UPA: Unidade de Pronto Atendimento
UPA 24 horas: Unidade de Pronto Atendimento 24 horas
UTI: Unidade de Tratamento Intensivo
UVB: Radiação Ultravioleta
25-OHD₃: 25-Hidroxicolecalciferol
VCM: *Volume Corpuscular Médio*
VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*
VE: Vigilância Epidemiológica
VHC: Vírus da Hepatite C
VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana
VO: Via Oral
WPI: *Widespread Pain Index (Índice de Dor Generalizada)*
µg: Micrograma
>: Maior que
≥: Maior ou Igual
< : Menor que

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 O QUE É LINHA DE CUIDADO (LC)	23
3 O QUE É A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	24
4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO	26
4.1 Atenção Primária à Saúde	26
4.1.1 Estratégia da Saúde da Família (ESF)	26
4.1.2 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF)	27

4.1.3 Equipe de Consultório na Rua (eCR)	28
4.1.4 Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)	29
4.1.5 Telessaúde	29
4.1.6 Matriciamento ou Apoio Matricial	30
4.1.7 Projeto Terapêutico Singular (PTS)	31
4.1.7.1 Elaboração do Projeto Terapêutico Singular no Apoio Matricial de Saúde Mental	32
4.1.8 O Papel da Atenção Primária à Saúde na RAPS	33
4.2 Atenção Secundária e Terciária	33
4.2.1 Ponto de Atenção Secundária	33
4.2.1.1 Serviço Ambulatorial de Psiquiatria (SAPS)	34
4.2.1.2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	34
4.2.1.3 Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)	35
4.2.1.4 Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III)	35
4.2.1.5 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)	35
4.2.1.6 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ)	36
4.2.1.7 Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS)	36
4.2.1.8 Núcleo de Prevenção à Violência e Acidentes (NPVA)	37
4.2.1.9 Núcleo de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência Intelectual e do Transtorno do Espectro do Autismo (NAIPE DI/TEA)	37
4.2.1.10 Serviço Especializado em Reabilitação (SER)	38
4.2.1.11 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	39
4.2.1.12 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	39
4.2.1.13 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)	41
4.2.2 Ponto de Atenção Terciária	41
4.2.2.1 Ponto de Atenção na Urgência e Emergência e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (SAMU)	41
4.2.3 Ponto de Atenção Hospitalar	43
4.2.3.1 Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral	43
4.3 Sistema Logístico	44
4.3.1 Regulação	44
4.3.1.1 Encaminhamento via Sistema Integrado de Gestão (SIG) – Consulta em Psiquiatria – Adulto e Consulta em Psiquiatria – Pediatria	44
4.4 Sistemas de Apoio	44
4.4.1 Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutica	44
4.4.1.1 Laboratório Municipal	44
4.4.1.2 Assistência Farmacêutica	45
4.4.1.2.1 Acesso aos Medicamentos	45
5 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA RAPS	48
5.1 Conduta	48
5.2 Fatores de Risco	48
5.3 Serviço Ambulatorial de Psiquiatria (SAPS)	49
5.4 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS	49
5.5 Situações de Urgência e Emergência	50

5.5.1 Encaminhamento para Rede Hospitalar (conforme Deliberação 181/CIB/2017)	50
5.5.2 Encaminhamento para UPA/PA	51
5.5.3 Orientações Gerais	51
6 FLUXOGRAMA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	52
7 ARTICULAÇÃO COM A SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SAS).....	53
7.1 Proteção Social Básica	53
7.1.1 Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF)	53
7.2 Proteção Social Especial de Média Complexidade	53
7.2.1 Centro de Referência em Assistência Social, Proteção Social Especial (CREAS)	54
7.2.2 Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)	55
8 AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSIQUIÁTRICA	56
8.1 Avaliação Geral	56
8.2 Avaliação das Funções Psíquicas	56
8.3 Avaliação Infantil e Adolescente	57
8.4 Avaliação na Gestação e no Puerpério	58
8.5 Avaliação do Idoso	59
8.6 Instrumentos de Avaliação e Encaminhamento	63
8.6.1 Cartão Babel	63
9 TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO E COMORBIDADES CLINICAS	65
9.1 Avaliação e Diagnóstico	66
9.1.1 Exames Laboratoriais e Complementares	66
9.1.2 Exames Laboratoriais e Complementares úteis para o Diagnóstico de Transtornos Mentais Orgânicos	67
9.2 Endocrinologia	68
9.2.1 Diabetes	68
9.2.2 Doenças da Tiróide	69
9.3 Cardiologia	71
9.4 Pneumologia	73
9.4.1 Asma Brônquica	73
9.4.2 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	73
9.5 Reumatologia	74
9.5.1 Artrite Reumatóide	74
9.5.2 Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)	74
9.5.3 Fibromialgia	75
9.5.3.1 Avaliação e Diagnóstico	76
9.5.3.2 Diagnóstico Diferencial	77
9.5.3.3 Tratamento	78
9.6 Infectologia	78
9.6.1 Sífilis	78
9.6.2 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	79
9.6.3 Hepatite	80
9.7 Neurologia	82

9.7.1 Traumatismos	83
9.7.2 Declínio Cognitivo e Demência	83
9.7.2.1 Avaliação e Diagnóstico	84
9.7.2.2 Tratamento	87
9.7.2.3 Encaminhamento	89
9.7.3 Acidente Vascular Cerebral (AVC)	90
9.7.4 Epilepsia	90
9.7.4.1 Tratamento Medicamentoso	91
9.8 Doença de Parkinson (DP)	93
9.9 Dermatologia	94
9.9.1 Psoríase	94
9.9.2 Dermatite Atópica	94
9.10 Gastroenterologia	95
9.10.1 Síndrome do Intestino Irritável	95
9.10.2 Dispepsia Funcional	96
9.11 Distúrbios Nutricionais	97
9.11.1 Deficiência de Niacina – Vitamina B3	97
9.11.2 Deficiência de Tiamina – Vitamina B1	98
9.11.3 Deficiência de Cobalamina – Vitamina B12	99
9.11.4 Deficiência de Ácido Fólico – Vitamina B9	100
9.11.5 Deficiência de Vitamina D	102
10 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS	104
10.1 Depressão	104
10.1.1 Avaliação e Diagnóstico	104
10.1.2 Infância e Adolescência	105
10.1.3 Gestação e Puerpério	106
10.1.4 Idoso	106
10.1.5 Diagnósticos Diferenciais	107
10.1.6 Tratamento	108
10.1.6.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	108
10.1.6.2 Tratamento Medicamentoso	108
10.2 Ansiedade	111
10.2.1 Avaliação e Diagnóstico	112
10.2.2 Infância e Adolescência	113
10.2.3 Gestação e Puerpério	114
10.2.4 Idoso	114
10.2.5 Diagnósticos Diferenciais	114
10.2.6 Tratamento	115
10.2.6.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	115
10.2.6.2 Tratamento Medicamentoso	116
10.3 Transtornos Dissociativos, Conversivos e Somatoformes	118
10.3.1 Avaliação e Diagnóstico	119
10.3.2 Diagnóstico Diferencial	121

10.3.3 Tratamento	121
10.3.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	121
10.3.3.2 Tratamento Medicamentoso	124
10.4 Insônia	124
10.4.1 Avaliação e Diagnóstico	125
10.4.1.1 Polissonografia	127
10.4.1.2 Insônia da Apneia do Sono	128
10.4.1.3 Hipersonia Primária e Narcolepsia	128
10.4.1.4 Parassonias	129
10.4.2 Infância e Adolescência	129
10.4.3 Gestação e Puerpério	131
10.4.4 Idoso	131
10.4.5 Diagnóstico Diferencial	132
10.4.6 Tratamento	132
10.4.6.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	132
10.4.6.2 Tratamento Medicamentoso	136
11 EMERGÊNCIAS PSIQUIATRICAS	140
11.1 Suicídio	140
11.1.1 Avaliação e Diagnóstico	142
11.1.2 Fatores de Risco e de Proteção	143
11.1.3 Infância e Adolescência	146
11.1.4 Gestação e Puerpério	146
11.1.5 Idoso	147
11.1.6 Tratamento e Encaminhamento	148
11.1.7 Avaliação do Risco	149
11.1.8 Posvenção do Suicídio	151
11.1.9 Prevenção	152
11.2 Delirium	152
11.2.1 Avaliação e Diagnóstico	153
11.2.2 Diagnósticos Diferenciais	155
11.2.3 Tratamento	157
11.2.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	157
11.2.3.2 Tratamento Medicamentoso	158
11.2.4 Prevenção	159
11.3 Agressividade e Agitação Psicomotora	160
11.3.1 Avaliação e Diagnóstico	161
11.3.2 Diagnóstico Diferencial	162
11.3.3 Infância e Adolescência	163
11.3.4 Gestação e Puerpério	164
11.3.5 Idoso	165
11.3.6 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	165
11.3.7 Tratamento Medicamentoso	168
11.4 Manejo de Situações de Estresse Agudo	177

11.4.1 Avaliação e Diagnóstico	178
11.4.2 Diagnóstico Diferencial	181
11.4.3 Infância e Adolescência	181
11.4.4 Gestação e Puerpério	182
11.4.5 Idoso	182
11.4.6 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	182
11.4.7 Tratamento Medicamentoso	184
12 ABUSO OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA	187
12.1 Introdução	187
12.1.1 Intoxicação Aguda	188
12.1.2 Uso Nocivo para a Saúde	188
12.1.3 Síndrome de Dependência	188
12.1.4 Síndrome de Abstinência (ou estado de abstinência)	189
12.1.5 <i>Delirium Tremens</i>	189
12.1.6 Transtorno Psicótico	189
12.1.7 Síndrome Amnésica (ou amnésica, ou confabulatória)	189
12.1.8 Transtorno Psicótico Residual ou de Instalação Tardia	190
12.1.9 Avaliação	190
12.1.9.1 Questões Essenciais para a Investigação do Consumo de Drogas Psicoativas	191
12.1.9.2 Sinalizadores de Problemas Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e outras Drogas	191
12.1.9.3 Sinais Físicos Sugestivos do Uso de Álcool, Crack e outras Drogas	191
12.1.9.4 Critérios de Gravidade	191
12.1.9.5 Recomendações Gerais às Equipes de Saúde	192
12.1.9.6 Redução de Danos	194
12.1.9.7 Infância e Adolescência	196
12.1.9.8 Gestação e Puerpério	199
12.2 Síndrome de Abstinência	200
12.2.1 Síndrome de Abstinência do Álcool – Nível I	203
12.2.2 Síndrome de Abstinência do Álcool – Nível II	204
12.2.3 Encaminhamento	207
12.3 Álcool	208
12.3.1 Avaliação e Diagnóstico	209
12.3.2 Triagem ou Rastreamento	209
12.3.3 Tratamento Medicamentoso	211
12.3.3.1 Dependência de Álcool	212
12.3.3.2 Naltrexona (não se encontra na REMUME e são prescritos conforme critério médico) ..	212
12.3.3.3 Topiramato	213
12.3.3.4 Ondansetrona (não se encontra na REMUME e são prescritos conforme critério médico)	213
12.3.4 Encaminhamento	213
12.4 Nicotina	214
12.4.1 Avaliação e Diagnóstico	215
12.4.2 Diagnóstico Diferencial	218

12.4.3 Tratamento	218
12.5 Cocaína	218
12.5.1 Avaliação e Diagnóstico	219
12.5.1.1 Dependência – Síndrome de Abstinência	221
12.5.1.2 Complicações Clínicas	222
12.5.2 Tratamento	222
12.5.2.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	222
12.5.2.2 Tratamento Medicamentoso	223
12.5.2.3 Desintoxicação	224
12.5.2.4 Critérios para Internação	224
12.6 Maconha	227
12.6.1 Uso Medicinal	228
12.6.2 Avaliação e Diagnóstico	228
12.6.3 Tratamento	232
12.7 Sedativos e Hipnóticos	234
12.7.1 Avaliação e Diagnóstico	235
12.7.2 Diagnóstico Diferencial	237
12.7.3 Tratamento	238
12.7.3.1 Estratégias não Medicamentosas	238
12.7.3.2 Tratamento Medicamentoso	239
13 SINDROMES PSIQUIATRICAS	242
13.1 Transtorno de Humor Bipolar	242
13.1.1 Avaliação e Diagnóstico	242
13.1.2 Infância e Adolescência	247
13.1.3 Gestação e Puerpério	248
13.1.4 Idoso	249
13.1.5 Diagnóstico Diferencial	250
13.1.6 Tratamento	251
13.1.6.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	251
13.1.6.2 Tratamento Medicamentoso	252
13.1.6.3 Tratamento Profilático / de Manutenção	261
13.2 Psicose e Esquizofrenia	262
13.2.1 Avaliação e Diagnóstico	263
13.2.1.1 Sinais e Sintomas	266
13.2.2 Diagnóstico Diferencial	267
13.2.3 Tratamento	270
13.2.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	270
13.2.3.2 Tratamento Medicamentoso	273
14 TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA	277
14.1 Deficiência Intelectual	277
14.1.1 Avaliação e Diagnóstico	277
14.1.2 Diagnóstico Diferencial	282
14.1.3 Tratamento	285

14.1.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	285
14.1.3.2 Tratamento Medicamentoso	287
14.1.4 Encaminhamento	288
14.2 Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)	289
14.2.1 Avaliação e Diagnóstico	289
14.2.1.1 Níveis de Gravidade para Transtorno do Espectro do Autismo.....	295
14.2.2 Diagnósticos Diferenciais	297
14.2.3 Tratamento	298
14.2.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	298
14.2.3.2 Tratamento Medicamentoso	300
14.3 Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	301
14.3.1 Avaliação e Diagnóstico	301
14.3.2 Diagnóstico Diferencial	305
14.3.3 Tratamento	306
14.3.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas	306
14.3.3.2 Tratamento Medicamentoso	309
15 TRANSTORNOS ALIMENTARES	311
15.1 Anorexia Nervosa	312
15.1.1 Avaliação e Diagnóstico	312
15.1.2 Diagnóstico Diferencial	317
15.1.3 Tratamento	320
15.1.3.1 Estratégias não Medicamentosas	320
15.1.3.2 Tratamento Medicamentoso	323
15.2 Bulimia Nervosa	324
15.2.1 Avaliação e Diagnóstico	325
15.2.2 Diagnóstico Diferencial	330
15.2.3 Tratamento	331
15.2.3.1 Estratégias não Medicamentosas	331
15.2.3.2 Tratamento Medicamentoso	334
15.3 Compulsão Alimentar Periódica	335
15.3.1 Avaliação e Diagnóstico	335
15.3.2 Diagnóstico Diferencial	337
15.3.3 Tratamento	338
15.3.3.1 Estratégias não Medicamentosas	338
15.3.3.2 Tratamento Medicamentoso	340
15.4 O Papel da Atenção Primária à Saúde nos Transtornos Alimentares	340
16 ABUSO E VIOLÊNCIA	341
16.1 Conceitos	342
16.2 Violência Contra Criança e Adolescente	345
16.2.1 Avaliação e Diagnóstico	346
16.2.2 Tratamento	350
16.3 Violência Contra a Mulher	354
16.3.1 Avaliação e Diagnóstico	354

16.3.2 Tratamento	356
16.4 Violência Contra Idosos	357
16.4.1 Avaliação e Diagnóstico	357
16.4.2 Tratamento	358
17 SEXUALIDADE, DISFORIA DE GÊNERO E SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT)	360
17.1 Conceitos	361
17.2 Sexualidade e Identidade de Gênero na Infância e na Adolescência	362
17.3 Vulnerabilidade e Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	363
17.3.1 Dificuldade de Acesso à Saúde e de Comunicação com Profissionais de Saúde	363
17.4 Saúde Mental	364
17.4.1 Ansiedade	366
17.5 Disforia de Gênero	367
17.5.1 Disforia de Gênero em Crianças (F64.2)	367
17.5.2 Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos (F64.1)	368
17.6 Tratamento	369
18 SINDROME DE <i>BURNOUT</i> / ESGOTAMENTO	371
18.1 Avaliação e Diagnóstico	371
18.2 Prevenção e Tratamento	374
18.3 Questionário Preliminar de Identificação da Síndrome de <i>Burnout</i>	375
REFERÊNCIAS	377
ANEXO A – Guia de Matriciamento.....	400
ANEXO B – Rede Cegonha: Critérios para encaminhamentos para serviços Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco	401
ANEXO C – CALOCUS <i>Instrument</i>	402

1 INTRODUÇÃO

A crescente demanda em saúde mental, principalmente nos serviços de Atenção Primária, faz parte do processo de redirecionamento do modelo assistencial à pessoa em sofrimento mental, que teve como marco constitucional a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, juntamente com as ações dos grupos da “Reforma Psiquiátrica” e do “Movimento Antimanicomial” no Brasil.

Estudos internacionais mostram que aproximadamente um quarto da população manifesta, em algum momento, queixas ou sintomas transitórios, de ordem emocional ou psíquica. Muitas vezes tais percepções são levadas aos serviços de saúde. Cerca de 10% da população apresentam queixas que geram, na atenção primária à saúde, algum tipo de intervenção por profissionais da saúde.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a população brasileira era de 190.732.694 de habitantes (IBGE, 2010), estimando-se em cerca de 21% da população brasileira (40 milhões de pessoas), o total de pessoas que necessita ou vai necessitar de atenção e atendimento em algum tipo de serviço de Saúde Mental (ANS 2008, apud ABP 2006).

Estima-se que, em um ano, cerca de um milhão e meio de habitantes de Santa Catarina venha a se queixar, em algum momento, temporariamente, de sintomas relacionados a alguma categoria de transtornos psiquiátricos. Boa parte deles levará estas queixas às equipes de saúde da família, na Atenção Primária à Saúde ou Pronto Atendimento.

Tais queixas, geralmente, não representam doenças, mas apenas sintomas avulsos passageiros, que se resolvem espontaneamente, por atitudes e práticas individuais, ou por mecanismos sociais (como os religiosos, rede de apoios comunitários, entidades de auto-ajuda, Alcoólicos Anônimos, etc.).

Contudo, cerca de um décimo da população levará tais queixas aos serviços de saúde, demandando deles alguma conduta. Eventualmente eles representam sinais e sintomas de transtornos mentais e comportamentais importantes. Uma fração menor da população (cerca de 1%) demandará assistência especializada.

Diante do desafio constante de consolidar as ações descritas nas portarias e nas práticas em saúde baseadas em evidências, no acompanhamento de sua evolução, onde o usuário não é mais estigmatizado, nem assistido em instituições manicomiais, se faz necessária a criação desta linha de cuidado. Este conteúdo não tem como objetivo criar um tratado e nem tão pouco algo rígido, mas sim um guia aos diferentes serviços para uma melhor integração e assistência ao usuário.

2 O QUE É LINHA DE CUIDADO (LC)

Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. A Linha de Cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também.

Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços dos quais necessita.

A Linha de Cuidado funciona também com base nos Projetos Terapêuticos Singulares, ou seja, o Projeto Terapêutico aciona, ou, dispara a Linha de Cuidado. Ela representa um *continuum* assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. As Linhas de Cuidados são estratégias de estabelecimento de “percursos assistenciais”. É o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede organizada de saúde (SES/PR).

3 O QUE É A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um conceito em Saúde Mental que tem como objetivo ser um mapeamento interativo, integrado, articulado e efetivo, entre os diversos pontos de atenção, para atender as pessoas com demandas decorrentes de sofrimento mental e demandas decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. Deve considerar as especificidades regionais, dando ênfase a serviços de base comunitária, capazes de se adequar às necessidades dos usuários. Deve atuar na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

A Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, propõe um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece, focando a inserção social do cidadão.

A Rede de Atenção Psicossocial, é instituída com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Diretrizes da RAPS:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

Para maiores informações, conferir o link:

<https://www.saude.gov.br/artigos/852-profissional-e-gestor/41052-rede-de-atencao-psicossocial-raps>.

Quadro 01 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Componente	Pontos de Atenção
Atenção Primária à Saúde	Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF
	Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF
	Consultório na Rua - eCR
	Unidade Básica de Saúde Prisional - eAPP
Atenção Secundária à Saúde	Serviço Ambulatorial de Psiquiatria - SAPS
	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, CAPS III, CAPS IJ, CAPS AD
	Unidade de Acolhimento Adulto - UAA
	Serviços Organizados de Inclusão Social - SOIS

	Serviço Residencial Terapêutico – SRT I E SRT II
Atenção Terciária à Saúde	Unidade de Pronto Atendimento – UPA Sul, UPA Leste e PA Norte
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
	Atenção Hospitalar: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt – HRHDS Hospital Infantil Dr. Jessor Amarante Faria - HJAF

4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO

4.1 Atenção Primária à Saúde

Atualmente, a APS do Município de Joinville está organizada em 03 regiões distritais (Norte, Centro e Sul), cobrindo 100% da população de 597.658 habitantes do Município. Compõe-se por 58 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 157 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) alocadas em 56 Unidades com Estratégia Saúde da Família (UBSF), 01 Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) e a Unidade Básica Saúde (UBS) Bucal Morro do Meio. Conta ainda com 12 equipes credenciadas de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e 6 equipes em estágio de credenciamento, visando a cobertura de todas as equipes de ESF. A Estratégia de Saúde da Família

(ESF) encontra-se em expansão no município, com aumento significativo no número de equipes nos últimos anos (SES/Joinville, 2020).

"A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde como objetivo de desenvolver uma Atenção Integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades" (BRASIL, 2017).

A APS tem uma importância significativa no que se refere aos cuidados em saúde mental, principalmente por suas características que são: longitudinalidade, primeiro contato, integralidade e coordenação do cuidado. Mesmo sendo necessário o usuário ser atendido na atenção secundária ou na terciária, a atenção primária à saúde mantém a responsabilidade sobre o usuário que continua sendo do seu território de abrangência.

Os usuários que necessitarem de consulta com psiquiatra, deverão ser referenciados para o atendimento ambulatorial de psiquiatria via Sistema Integrado de Gestão (SIG) - SaudeTech, no consultório informatizado, em requisições de procedimentos, pelo médico assistente, com descrição do quadro, Classificação Internacional de Doenças (CID) que justifique o encaminhamento e resultados de exames prévios (quando houver) relacionados ao quadro clínico, relação de medicamentos em uso, para otimizar a avaliação e regulação da classificação de critérios de risco dos encaminhamentos, ou pedir orientação por meio da Teleconsultoria.

Na APS, Joinville conta com profissionais de saúde mental, psicólogos e terapeutas ocupacionais, integrantes das equipes multidisciplinares, que trabalham conforme o disposto no Manual do NASF.

4.1.1 Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A ESF visa à reorganização da APS, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, e é considerada pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão e concretização da APS, pois beneficia uma reorientação dos processos de trabalho, aumentando a resolutividade da assistência em saúde.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, 2012, alguns itens são necessários para o funcionamento da ESF:

- Equipe multiprofissional, composta por pelo menos um médico generalista ou de família e comunidade, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde; profissionais de saúde bucal também podem compor este quadro: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;
- Carga horária de 40h;
- O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve abranger 100% da população cadastrada na área adstrita;
- Território adstrito: considerando o grau de vulnerabilidade das pessoas moradoras daquela área de abrangência.

A definição de território para as equipes de saúde da família busca reorganizar os processos de trabalho mediante atuações intersetoriais, de promoção, prevenção e assistência à saúde. Isto permite conhecer as pessoas deste território, estabelecer vínculo, afetividade e confiança entre os profissionais e os usuários, premissas importantes para o cuidado em saúde.

4.1.2 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF)

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) são dispositivos que visam promover a atenção integral em saúde na atenção primária, organizada pelas equipes de saúde da família. Trabalha na lógica do apoio matricial, ou seja, é uma estratégia de organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado de determinado território.

Atualmente, os NASFs são regulamentados pela Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. O principal objetivo é o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária à Saúde, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

O NASF deve ser constituído por um grupo de profissionais com formação em diferentes áreas de conhecimento. A equipe atua em conjunto com as equipes de Saúde da Família (eSF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das eSFs, propiciando o desenvolvimento de uma prática de clínica ampliada e compartilhada. Esta atuação integrada, permite realizar discussão de casos clínicos, possibilitando ações, como: atendimento em grupo, individual, compartilhado entre profissionais, visita domiciliar, construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ações intersetoriais, prevenção e promoção da saúde, de educação permanente, contribuindo com o cuidado integral do usuário.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017), os NASFs não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, estes, quando necessários, devem ser regulados pela própria equipe do NASF. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias. Maiores informações sobre o processo de trabalho do NASF em Joinville, podem ser encontradas no Manual do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, disponível no processo SEI nº 20.0.137953-0.

4.1.3 Equipe de Consultório na Rua (eCR)

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Portaria MS/GM nº 122, de 25 de janeiro de 2011, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica. Em Joinville está funcionando desde 2014, na modalidade tipo I, e tem por objetivo ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando atenção integral à saúde para esta população, o qual se

encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Na estrutura organizacional, a equipe do Consultório na Rua está lotada na UBSF Bucarein e conta com uma equipe multiprofissional. O Consultório na Rua é um serviço itinerante e tem horários diferenciados, ocorrendo em período diurno e noturno de segunda a sexta-feira. O trabalho da equipe é realizado de forma itinerante e se adequa às demandas das pessoas em situação de rua. O atendimento prioriza o cuidado no local, com ações compartilhadas e integradas às unidades de saúde, geralmente do local onde este usuário se encontra, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência, e outros pontos da RAS e intersetorial.

Entre suas atividades, também estão:

- Assistência à saúde da população em situação de rua da cidade de Joinville;
- Articulação da rede que potencializa o atendimento à saúde da população em situação de rua;
- Atendimento itinerante;
- Avaliação de saúde integral;
- Curativos;
- Assembleia de usuários;
- Reunião com rede de apoio;
- Testes rápidos – HIV, Sífilis, Hepatite B e C, gravidez;
- Teste de HGT;
- Verificação de PA;
- Acompanhamento de pré-natal;
- Avaliação de saúde mental;
- Acompanhamento a outros serviços;
- Visitas a usuários internados na rede hospitalar.

4.1.4 Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)

A Atenção Primária à Saúde também está presente no Presídio Regional de Joinville desde 2015, através da UBS Saúde Prisional; esta unidade é preconizada pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e sendo instituído pela Portaria MS/GM nº 482, de 1º de abril de 2014. Sendo assim, as pessoas privadas de liberdade têm acesso aos seguintes serviços: odontologia, enfermagem, farmácia, psicologia, terapia ocupacional, assistente social e médico clínico geral. Em caso de necessidade de atendimento ambulatorial em outro nível de atenção, o usuário é encaminhado conforme o fluxo da SES/Joinville.

4.1.5 Telessaúde

O Telessaúde tem como escopo a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, principalmente da APS, e sua interação com os demais níveis de atenção fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

Dentro do programa Telessaúde, há a teleconsultoria, que é uma consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, com respostas baseadas em evidências científicas e adequadas às características loco-regionais.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, os tratamentos dos quadros leves a moderados devem ser conduzidos pela Atenção Primária à Saúde (médicos, enfermeiros e equipes de saúde mental) de acordo com os critérios técnicos, segundo cada patologia e, em caso de dúvidas ou necessidade de algum apoio para a condução do cuidado, o profissional de saúde poderá solicitar teleconsultoria para que o usuário permaneça sob seus cuidados no território. Desta forma, a teleconsultoria realiza apoio assistencial e de educação permanente a todos os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em até 72 horas, visando ampliar a capacidade resolutive de quem a solicita através do endereço eletrônico <http://telessaude.ufsc.br/>.

Outra ferramenta do Telescsaúde é a Segunda Opinião Formativa, que consiste em uma resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção primária à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS (Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011). Além disso, a teleconsultoria objetiva auxiliar na qualificação do acesso aos usuários, promovendo o respeito à equidade.

A Segunda Opinião Formativa (SOF) é originada de uma teleconsultoria assíncrona com assuntos relevantes para a Atenção Primária à Saúde e considerados de interesse nacional. Responde as dúvidas dos profissionais da saúde e seus objetivos são a qualificação destes profissionais e o aumento da resolutividade dos casos clínicos e processo de trabalho.

4.1.6 Matriciamento ou Apoio Matricial

Matriciamento ou Apoio Matricial é um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (Chiaverini, 2011).

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade.

O Matriciamento visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. Matriciar significa compartilhar, apoiar, se corresponsabilizar por determinada demanda de saúde

apresentada por uma pessoa ou um coletivo, que pode ser uma família, uma comunidade ou uma equipe.

Na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes:

- Equipe de Referência;
- Equipe de Apoio Matricial.

O Apoio Matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (FIGUEIREDO E CAMPOS, 2009, p. 130). Isso implica numa estratégia que tem como base a troca de experiências e de conhecimentos teórico-práticos, que inclui a discussão, reflexão e pactuações de responsabilidades para a continuidade das ações.

Matriciamento não é:

- Encaminhamento ao especialista;
- Atendimento individual pelo profissional de saúde mental;
- Intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional de saúde mental.

Quando solicitar um Matriciamento?

- Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família;
- Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de usuários com transtornos mentais;
- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de usuários com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de usuários com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Com o intuito de qualificar a discussão no processo de matriciamento, foi elaborada um Guia de Matriciamento (anexo A).

Ao aumentar a capacidade das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e a reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da atenção primária. A corresponsabilização pela demanda – tanto a equipe de Saúde da Família, quanto a Equipe de Saúde Mental na Atenção Primária são responsáveis por determinado território – leva à desconstrução da lógica de referência e contrarreferência, que favorece a desresponsabilização e dificulta o acesso da população. (SARAIVA & CREMONESE, 2008).

A responsabilização compartilhada pelos casos visa aumentar a capacidade resolutiva da equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, e a aquisição de novas competências (BRASIL, 2004). Esse cuidado torna-se um dispositivo para que os usuários também possam se corresponsabilizar pelo seu tratamento, pela sua vida, produzindo outras relações com

o seu processo de adoecimento, estimulando a proatividade e a autonomia do sujeito na construção do seu projeto de vida.

4.1.7 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico e é importante enfatizar isto, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação.

O PTS é uma ferramenta utilizada para organizar o cuidado do usuário feito com ele e para ele, é entendido como um conjunto de propostas e condutas planejadas para realizar intervenção numa situação que seja entendida pela equipe como uma situação de maior complexidade.

Com base na complexidade apresentada dos fatores de risco, é definido o PTS pela equipe de assistência ao usuário de qualquer ponto de atenção em saúde e a partir dele, o trabalhador de saúde vai orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento à sua necessidade.

Importa pensar que com a Linha de Cuidado organizada, o serviço de saúde opera centrado nas necessidades dos usuários e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso.

As Linhas de Cuidado, Projetos Terapêuticos e Diretrizes Clínicas são estratégias de organização da ação e serviços que compõem as RAPS e concretizam as ferramentas de micro gestão e qualificação da atenção à saúde, potencializando o cuidado integral melhorando os resultados para os usuários.

Apesar de muitos ainda confundirem as Linhas de Cuidado como sendo uma rede de atenção independente, é muito importante que você as compreenda como sendo estruturas funcionais que perpassam de forma transversal os dispositivos de saúde e sociais. É composta por um conjunto de fluxos interligados e contínuos que facilitam o encontro do usuário com os profissionais e ações mais aptas a atenderem suas necessidades, mesmo que para este fim, instituições não governamentais, religiosas ou filantrópicas tenham que ser acionadas.

4.1.7.1 Elaboração do Projeto Terapêutico Singular no Apoio Matricial de Saúde Mental

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um recurso da clínica ampliada e compartilhada, visando o cuidado integral do usuário. O uso do termo “singular” em substituição a “individual”, outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na APS – é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social. Portanto, PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2011, apud CARVALHO E CUNHA, 2006).

A construção do PTS envolve diversos atores sociais do processo/caso, usuário, família, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, psicólogo, terapeuta

ocupacional, dentista, nutricionista, médico especialista e quem mais se fizer necessário de acordo com a demanda apresentada. Assim, a soma das habilidades e saberes individuais de cada membro de uma equipe, de forma complementar, possibilita melhores resultados comparados aos resultados obtidos a partir de ações realizadas individualmente.

Não é viável nem necessário elaborar um PTS para todas as pessoas atendidas nos serviços da atenção primária à saúde, casos mais difíceis com maior gravidade e complexidade devem ser priorizados (BRASIL, 2013). Para isto, devem considerar a extensão e/ou intensidade de problemas apresentados por uma pessoa, família, grupo ou coletivo, bem como avaliar quão diversas dimensões estão afetadas (biológica, psicológica e social). Além disso, o PTS também pode ser sugerido nos casos que exigirem maior articulação com a equipe e nas situações em que há necessidade de ativação de outras instâncias como os recursos comunitários e outros serviços de saúde e instituições.

A utilização de um roteiro norteador pode ajudar na organização de um PTS, estabelecendo momentos sobrepostos, são eles:

- O diagnóstico situacional;
- A definição de objetivos e metas;
- A divisão de tarefas e responsabilidades e a reavaliação do PTS (BRASIL, 2013 apud OLIVEIRA, 2008).

Formulação de Projeto Terapêutico Singular:

- Abordagens biológicas e farmacológicas;
- Abordagens psicossociais e familiares;
- Apoio do sistema de saúde;
- Apoio da rede comunitária;
- Trabalho em equipe: quem faz o quê?

4.1.8 O Papel da Atenção Primária à Saúde na RAPS

Existe uma ideia amplamente compartilhada, mas equivocada, de que todas as intervenções de saúde mental são sofisticadas e que só pode ser oferecido por profissionais altamente especializados. Porém, atualmente é uma tarefa de todas as categorias profissionais contribuir para promoção de saúde mental em seu território, ou seja, a RAPS possui diferentes dispositivos para prestar assistência ao usuário com transtorno mental e/ou sofrimento psíquico e a APS também faz parte dessa rede de atenção psicossocial.

Pesquisas nos últimos anos têm demonstrada a viabilidade de intervenções não farmacológicas e nível psicológico de cuidados de saúde não-especializado.

Embora seja preconizada a relação horizontal, ou seja, não hierárquica entre os níveis e pontos de atenção à saúde, não significa que um deles não deva ser priorizado, considerando investimentos e alocações de recursos. A lógica de organização do SUS em redes de atenção a partir da APS reafirma o seu papel de:

- Ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde;

- Ser responsável por coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS;
- E de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, entre outros), mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede.

4.2 Atenção Secundária e Terciária

4.2.1 Ponto de Atenção Secundária

A Rede de Atenção em Saúde Mental possui algumas especificidades em seus pontos de atenção, diferentemente das demais especialidades que possuem apenas o cuidado ambulatorial e/ou hospitalar. O Serviço de Atenção em Saúde Mental na Secretaria da Saúde de Joinville, apresenta o Serviço Ambulatorial de Psiquiatria (SAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS), o Núcleo de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência Intelectual e do Transtorno do Espectro do Autismo (NAIPE DI/TEA), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA).

Joinville possui quatro CAPS: CAPS II, CAPS III, CAPS AD–Álcool e outras Drogas, CAPS IJ – infantojuvenil, os quais possuem a função central de atender aos usuários com transtornos mentais graves, persistentes e ou severos.

4.2.1.1 Serviço Ambulatorial de Psiquiatria (SAPS)

O SAPS é uma unidade integrante da RAPS, que realiza consultas médicas de caráter ambulatorial especializado em psiquiatria.

Atende usuários encaminhados pelos profissionais da RAS via Sistema Integrado de Gestão (SIG), SaudeTech, promovendo o atendimento da demanda em psiquiatria adulto e infantojuvenil. Após estabilização da demanda é realizado o redirecionamento do paciente para a continuidade de cuidados na atenção primária ou demais pontos de atenção da RAPS que se façam necessários.

Horário de funcionamento ao público: 2ª a 6ª feira, das 7h as 14h, exceto feriados e pontos facultativos.

Público-alvo: Adultos e crianças

Fone: (47) 3433-9659

Localização: Rua Engenheiro Niemeyer, 300 - Centro

4.2.1.2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS realizam atendimentos multiprofissionais às pessoas com transtornos mentais graves e ou persistente e suas famílias. A Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 institui e regulamenta o modelo assistencial em Saúde Mental. Os CAPS realizam o acolhimento psicossocial disponibilizando profissionais capacitados em Saúde Mental, como assistente social,

psicólogo, terapeuta ocupacional e enfermeiro. Em alguns CAPS, há também o profissional farmacêutico para atendimento aos usuários que são acompanhados neste serviço.

O acolhimento inicial é realizado por demanda espontânea (é um serviço “porta aberta”) ou referenciada, incluindo as situações de crise no território.

Este acolhimento consiste em avaliações do grau de gravidade do usuário e, por conseguinte, se este necessitará dos cuidados mais intensivos do CAPS, ou se será encaminhado aos pontos da RAPS: Atenção Primária à Saúde, UPAS Leste e Sul, PA Norte, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria (HJAF).

Cabe ao CAPS:

- Realizar atenção psicossocial, com abordagem interdisciplinar;
- Proporcionar a inclusão social dos usuários;
- Proporcionar a participação dos usuários e familiares na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Diminuir o índice de internações hospitalares;
- Articular e promover os cuidados com os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos;
- Fomentar ações de educação e, ou conscientização à comunidade sobre saúde mental;
- Contribuir com a formação profissional no âmbito psicossocial;
- Proporcionar atenção humanizada;
- Realizar apoio matricial às equipes da APS;
- Realizar busca ativa dos usuários do município notificados com tentativa de suicídio;
- Realizar busca ativa dos usuários acompanhados no serviço;
- Desenvolver e monitorar as atividades desenvolvidas nas Residências Terapêuticas;
- Articular e promover acessos aos dispositivos oferecidos pela comunidade em que reside, tais como, associação de moradores, igrejas, clubes, praças, parques entre outros.

4.2.1.3 Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)

Constitui-se em um serviço de atenção psicossocial, tem por objetivo oferecer atenção psicossocial aos usuários que apresentam transtorno mental grave e/ou persistente, referenciados pelos outros serviços da RAPS ou por demanda espontânea, residentes no território de sua referência

Horário de funcionamento ao público: 2ª à 6ª feira, das 7h às 18h, exceto feriados e pontos facultativos

Público-alvo: Adultos a partir de 18 anos.

E-mail: caps2nossacasa@joinville.sc.gov.br

Fone: (47) 3422-7161 e 3433-5902

Localização: Rua Pernambuco, 115 – Anita Garibaldi

4.2.1.4 Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III)

Constitui-se em um serviço de atenção psicossocial que tem por objetivo oferecer atenção psicossocial às pessoas a partir de 18 anos que apresentam transtorno mental grave e/ou persistente, referenciados ou por demanda espontânea, residentes no território de sua referência

Além da atenção psicossocial diurna, possui o serviço de Hospitalidade Noturno para usuários referenciados pelos CAPS, que funciona 24 horas, inclusive nos feriados e finais de semana com 05 vagas para o Município. O serviço de hospitalidade não é porta aberta, poderão permanecer em hospitalidade, usuários com indicação médica de internação, visto que necessita de prescrição médica para permanecer em hospitalidade. Ressalta-se que é uma alternativa de tratamento oferecida para usuários já em atendimento pelos CAPS do município, que necessitem de cuidados intensivos naquele momento.

Horário de funcionamento ao público: 2ª à 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados e pontos facultativos

Público-alvo: Adultos a partir de 18 anos.

E-mail: caps3@joinville.sc.gov.br

Fone: (47) 3423-0245 e 3422-8526

Localização: Rua Tubarão, 128 – América

4.2.1.5 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de Joinville/SC (CAPS AD) Joinville/SC, objetiva promover atenção psicossocial às pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso/abuso de substâncias psicoativas. Trata-se de um dispositivo de saúde que trabalha a reabilitação psicossocial sem necessidade de internação e permite ao usuário se manter em sociedade, e também realiza acolhimento de forma espontânea ou referenciada.

O CAPS ad atende pessoas de ambos os sexos, com mais de 18 anos, residentes em Joinville, que apresentam prejuízos decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas. O tratamento é realizado por equipe multidisciplinar e fundamentado pelo projeto terapêutico singular (PTS), que considera potencialidades, fragilidades e define ações em saúde. Os familiares também são assistidos em grupo terapêutico, independente do desejo de tratamento da pessoa em uso/abuso de substância psicoativa.

Horário de funcionamento ao público: segunda a sexta, 7h às 18h, exceto feriados e pontos facultativos

E-mail: capsad@joinville.sc.gov.br

Público-alvo: usuários a partir dos 18 anos com problemas com álcool e outras drogas

Fone: (47) 3445-2305 e 3423-3367

Localização: Rua Dr. Plácido Olímpio de Oliveira, 1489 – Anita Garibaldi

4.2.1.6 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ)

É um serviço de atenção psicossocial diária, para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e/ou persistentes, inclusive com necessidades decorrentes do uso e/ou abuso de

substâncias psicoativas. Referência no Município de Joinville promove ações intersetoriais, visando compor uma rede de cuidados que faça interface com outros setores.

Assim como os demais Caps, faz acolhimento por procura espontânea ou referenciada.

Horário de funcionamento ao público: 2ª, 3ª, 5ª e à 6ª feira, das 7h às 17h; 4ª das 7h às 16h, exceto feriados e pontos facultativos.

Público-alvo: crianças e adolescentes, de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias.

E-mail: capsij@joinville.sc.gov.br

Fone: (47) 3422-7636 e 3432-3602

Localização: Rua Alexandre Schlemm, 275 – Bucarein

4.2.1.7 Serviços Organizados de Inclusão Social (SOIS)

Serviço de referência na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Joinville, promove a Inclusão Social de pessoas com transtorno mental grave e persistentes e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

O público atendido são usuários estabilizados em sua demanda em saúde mental, em condições de vulnerabilidade social e/ou com necessidades laborais, dificuldade de convívio, história de reclusão e/ou isolamento.

Estes usuários podem buscar o serviço por demanda espontânea ou podem ser encaminhados pelos CAPSs ou por profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Quando procuram espontaneamente ou por encaminhamento da atenção primária, devem agendar um horário para acolhimento, através de contato telefônico. Quando são encaminhados pelos CAPSs (II, III ou AD), estes serviços agendam um horário para que os usuários conheçam o SOIS e, ao fazer isso, já constroem, junto com os profissionais deste serviço, o PTS (Projeto Terapêutico Singular).

Cabe ao SOIS:

- Proporcionar a inclusão social dos usuários;
- Promover a reabilitação psicossocial;
- Articular os cuidados com os pontos de atenção da RAPS e da Rede intersetorial;
- Proporcionar a participação dos usuários e familiares na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Articular ações de convivência, lazer e festividades com os pontos da RAPS;
- Fomentar convênios com entidades educacionais, culturais, ONG's e afins;
- Fortalecer o protagonismo do usuário e exercício da cidadania por meio de atividades socioculturais, de iniciativas de geração de renda, educação, lazer e recreação.

Horário de funcionamento: 2ª à 6ª feira, das 7h às 18h, exceto feriados e pontos facultativos.

Público-alvo: adultos a partir de 18 anos

E-mail: sois.saude@joinville.sc.gov.br

Fone:(47) 3438-3564

Localização: Rua Aracajú, 1.368 – Santo Antônio

4.2.1.8 Núcleo de Prevenção à Violência e Acidentes (NPVA)

O objetivo do NPVA é sistematizar os dados do município sobre violências e acidentes de trânsito, para elaboração de ações de prevenção e promoção de saúde, buscando a redução em médio e longo prazo. Foi criado em 2008 integrando a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção de Saúde – Portaria MS/GM nº 936, 18 de maio de 2004.

Todas as formas de violências identificadas devem ser notificadas e as notificações encaminhadas à Vigilância Epidemiológica (VE). A notificação é como um instrumento de proteção e não de denúncia e punição (disponível no sistema de informação vigente, em serviços / documentos / formulário de notificação de violência interpessoal/autoprovocada).

Horário de funcionamento: 2ª à 6ª feira, das 8h às 17h, exceto feriados e pontos facultativos

E-mail: npva.joinville@gmail.com

Fone: (47) 3417-1353 – 3417-1368

Localização: Rua Abdon Batista, 172 – Centro

4.2.1.9 Núcleo de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência Intelectual e do Transtorno do Espectro do Autismo (NAIPE DI/TEA)

É uma Unidade de referência municipal, responsável pelo atendimento à pessoas de todas as faixas etárias com Deficiência Intelectual e Autismo, mas adota critérios de prioridade para atendimento de intervenção precoce (crianças de 0 à 3 anos, 11 meses e 29 dias), de acordo com as Diretrizes de Estimulação Precoce, encaminhadas pela Central de Regulação. Sua missão é promover saúde e desenvolver o potencial cognitivo e biopsicossocial, mediante tratamento e reabilitação de seus usuários.

Trabalha com uma equipe multiprofissional que desempenha diversos programas para habilitar e/ou reabilitar seu público alvo, promovendo a inclusão social e melhorando sua qualidade de vida. O NAIPE DI/TEA busca exercer a intersetorialidade trabalhando com todas as instituições que alinhem a missão de promover a inclusão. **O acesso ao NAIPE é regulado e o usuário é encaminhado via SIG.** Os critérios de inclusão e exclusão, podem ser consultados no Protocolo de Acesso à Consulta especializada.

Cabe ao NAIPE DI/TEA:

- Reabilitar e habilitar a pessoa com DI e TEA;
- Atender aos critérios de organização do serviço na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência;
- Fomentar parcerias com instituições públicas e privadas que visem a inclusão social e o resgate da cidadania;
- Promover ações de educação e sensibilização sobre a DI e TEA.

Horário de funcionamento: 2ª à 6ª feira, das 7h às 19h, exceto feriados e pontos facultativos

Público-alvo: crianças, adolescentes e adultos

E-mail: naipe.saude@joinville.sc.gov.br

Fone: (47) 3433-3836

Localização: Rua Plácido Olímpio de Oliveira, 676 – Bucarein

4.2.1.10 Serviço Especializado em Reabilitação (SER)

O Serviço Especializado em Reabilitação (SER) é parte integrante da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS), compõe os Serviços de Atenção Especializada (Nível Secundário de Média Complexidade) e a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (RAD). Teve início em 02 de janeiro de 2018, com o objetivo de promover saúde e inclusão social mediante a reabilitação e a habilitação de crianças e adultos (independente da faixa etária) com deficiência física, por meio de um planejamento interdisciplinar e individualizado.

O público alvo são pessoas com deficiência física, potencialmente incapacitante, baseada no Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004, Art. 70, pessoas acometidas por acidente ou doença recente, que predispõe ao risco para adquirir deficiência física permanente e potencialmente incapacitante, e, pessoas que precisam de avaliação para Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM). **O acesso ao SER é regulado e o usuário é encaminhado via SIG.**

O objetivo do tratamento junto ao usuário não é a cura, mas a busca por sua recuperação, adaptação, educação, reinserção social, visando sua independência e qualidade de vida.

Horário de funcionamento: 2ª à 6ª feira, das 7h às 18h, exceto feriados e pontos facultativos

Público-alvo: crianças, adolescentes e adultos

E-mail: ser.saude.jlle@gmail.com

Fone: (47) 3432-5709

Localização: Avenida Alwino Hansen, 1.118 – Adhemar Garcia

4.2.1.11 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é uma unidade da Secretaria da Saúde de Joinville, referência para a macrorregião nordeste do estado de Santa Catarina, cuja finalidade é oferecer subsídio técnico à rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. O CEREST não deve assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de saúde, ele é referência para a rede de atenção à saúde, orientando os profissionais de saúde em suas práticas com o objetivo de identificar a relação do adoecimento com o trabalho. Atua como apoio técnico para as equipes de saúde, NASFs e Caps, fazendo matriciamento e orientações.

Horário de funcionamento ao público: segunda a sexta, 7h às 18h, exceto feriados e pontos facultativos.

E-mail:cerest@joinville.sc.gov.br

Fone:(47) 3422-2925

Localização: Rua Abdon Batista, 172 – Centro

4.2.1.12 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Desinstitucionalização / Programa de Volta para Casa

Conforme a Lei nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011: "Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares". Joinville atualmente possui duas Residências Terapêuticas tipo II, sendo que a primeira iniciou seu funcionamento em 2010 e a segunda em 2016.

A desinstitucionalização de usuários de internações psiquiátricas de longa permanência é apoiada, também, pelo "Programa de Volta para Casa", criado pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais e egressas de longas internações, que implica um incentivo financeiro federal a inclusão social e a reabilitação.

O Programa é regulamentado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e pela Portaria MS/GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, e busca atender ao disposto na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade, e são regulamentadas pela Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no âmbito do SUS.

As indicações dos moradores são realizadas pelos CAPS do município, e o número de usuários pode variar desde 01 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 08 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um.

O município de Joinville possui dois serviços de residência terapêutica, ambos do tipo II.

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.

Cada casa deve ser organizada segundo as necessidades e gostos de seus habitantes: afinal é uma moradia! Por isso, a rigor, deverão existir tantos tipos de moradias quanto de moradores. No entanto, pensando em termos bem gerais, temos dois grandes tipos de SRTs:

SRT I – São moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização de longa permanência, que não possuem vínculos familiares e sociais. Esta modalidade de moradia deve acolher no mínimo 4 (quatro) e no máximo 8 (oito) moradores.

O suporte é focado na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc), criando um espaço de construção de autonomia da vida cotidiana e reinserção social. Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias

definitivas na comunidade. Este é o tipo mais comum de residência, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador.

SRT II – São moradias destinadas àquelas pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos e que estão em processo de desospitalização. Este tipo de SRT deve acolher no mínimo 4 (quatro) e no máximo 10 (dez) moradores.

O suporte é focalizado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia. A SRT estará vinculada a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário.

4.2.1.13 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)

A Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) é instituída pela Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012, é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que visa dar suporte, proteção social e cuidados contínuos de saúde de usuários com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que são atendidos pelo CAPS AD do município. Em Joinville funciona desde 2014, como espaço de moradia (24 horas) em caráter transitório, ou seja, com tempo que pode variar observando-se a necessidade de cada usuário atendido conforme o Projeto Terapêutico Singular (PTS). A UAA funciona como uma estratégia no PTS do usuário do CAPS AD em situação de risco e vulnerabilidade social, sendo um componente de potencialização dos processos de reabilitação psicossocial com vistas a construção de autonomia e garantia de direitos. Assim, é o CAPS AD quem encaminha os usuários para este serviço.

4.2.2 Ponto de Atenção Terciária

4.2.2.1 Ponto de Atenção na Urgência e Emergência e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (SAMU)

Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros – são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O Município de Joinville possui sob a gestão municipal 03 (três) Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (PA 24 horas Norte, UPA Sul e Leste) e 01 (uma) Unidade Hospitalar, Hospital São José (HSJ). Já, sob a gestão estadual, há 03 (três) unidades hospitalares: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), Maternidade Darcy Vargas e Hospital Infantil Dr. Jesser Amarante Faria (HJAF). Joinville ainda conta com 01 (uma) unidade conveniada de urgência, emergência, ambulatorial e cirúrgica, o Hospital Bethesda.

Os serviços de saúde PA 24h Norte, UPA 24h Sul e UPA 24h Leste atendem usuários em caso de urgência, realizam a triagem e quando identificada a necessidade de consulta com o psiquiatra, o munícipe é encaminhado ao serviço de sobreaviso do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (adultos e adolescentes) ou Hospital Infantil Dr. Jesser Amarante Faria (crianças).

O que a Organização Mundial da Saúde vem propondo é a qualificação de prontos-socorros regulares, de hospitais gerais, para poderem atender urgências e emergências psiquiátricas. Além disso, o preparo do SAMU, das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) e das salas de estabilização para atender, entre todos os tipos de casos, os psiquiátricos, é um ideal a ser buscado.

Está relegada ao passado a ideia de criar serviços de atendimento a emergências puramente psiquiátricos. Muitas das emergências psiquiátricas criadas nos anos 60 e 70, em várias cidades do mundo, se transformaram em pontos de procura para consultas ambulatoriais eletivas, pontos de pedidos de repetição de receitas e pontos de recepção para casos sociais. Estes são riscos presentes em qualquer pronto-socorro, mas têm maior facilidade para se potencializar no caso das emergências puramente psiquiátricas.

É fator decisivo para o bom funcionamento tanto da unidade de emergência, como da rede de saúde mental em que ele está inserido, que haja integração dos serviços de emergência com os demais serviços de saúde da região. Os serviços de emergência com capacidade de atendimento de situações psiquiátricas, se funcionarem bem, podem melhorar a organização do fluxo de usuários dentro da rede e evitar sobrecargas desnecessárias.

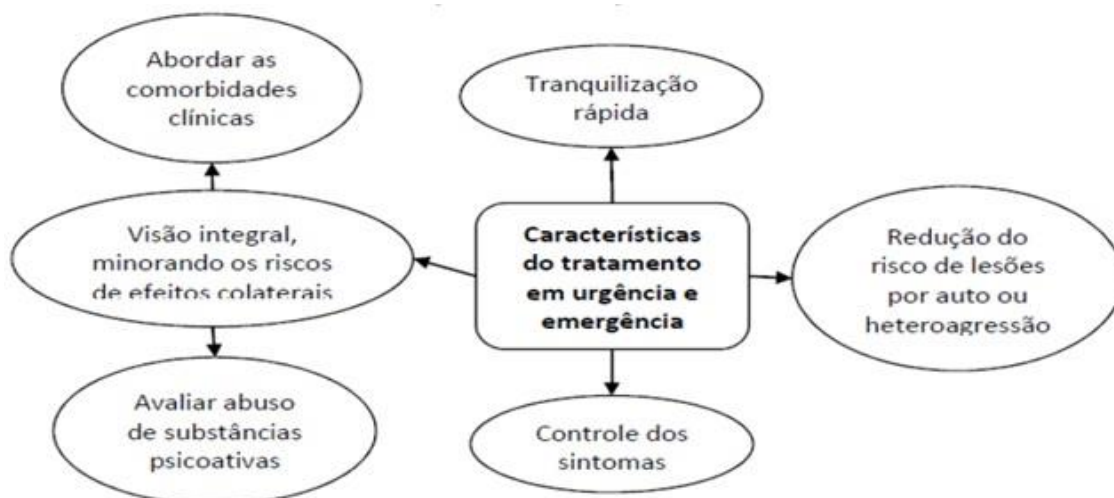
Os prontos-socorros e as unidades de pronto-atendimento podem representar um marco central na estruturação das redes de saúde mental. Na prática, eles são um termômetro do funcionamento da atenção primária e secundária. São uma das principais portas de entrada para a rede de saúde mental, especialmente no caso dos usuários em primeiro surto psicótico. Os serviços de emergência podem se tornar pontos importantes para prevenir e fazer diagnósticos precoces, incluindo usuários na rede de atenção psicossocial.

O maior erro potencial em psiquiatria de emergência consiste em ignorar uma doença física como causa de um quadro psiquiátrico. Qualquer sintoma psiquiátrico pode ser causado ou exacerbado por um distúrbio clínico não psiquiátrico e, quando um usuário chega a um serviço de emergência com alteração do pensamento, do humor ou do comportamento, é incumbência do médico que o avalia excluir etiologias clínicas.

É importante que o internista e o médico não psiquiatra tenham noções de psiquiatria que lhes permitam atender urgências e emergências deste tipo. Como regra, os doentes mentais têm altas chances de apresentar comorbidades clínicas, mas o controle delas é menor que na população geral, essa população torna-se facilmente susceptível a intercorrências variadas.

A Associação Brasileira de Psiquiatria, assim como a Associação Americana de Psiquiatria, recomenda atender as urgências e emergências psiquiátricas de forma integrada a hospitais gerais.

Figura 01 – Tratamento em urgências e emergências em Saúde Mental



Fonte: QUEVEDO, 2014

4.2.3 Ponto de Atenção Hospitalar

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e o Hospital Dr. Jeser Amarante Farias são unidades de saúde de média e alta complexidade com atendimento hospitalar especializado de urgência e emergência em psiquiatria.

A Maternidade Darcy Vargas é uma Unidade de Saúde de média e alta complexidade para atendimento ambulatorial especializado em gestantes com Gestação de Alto Risco com ou sem comorbidades psiquiátricas (anexo B).

Joinville possui leitos de psiquiatria em dois hospitais estaduais com serviço de sobreaviso desta especialidade, sendo o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt para pessoas a partir dos 15 anos e o Hospital Dr. Jeser Amarante Farias para crianças e adolescentes até 14 anos, 11 meses e 29 dias.

4.2.3.1 Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral

Como divulgado, o movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e a integração do usuário na comunidade. Nessa perspectiva, os Serviços de Emergências Psiquiátricas no Hospital Geral surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, providos de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde.

Em virtude de a crise em psiquiatria caracterizar-se como um momento da vida no qual o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação, não somente na vida psíquica e social do sujeito, mas também na de sua família, o serviço de emergência tornar-se-ia um espaço para se fazer compreender e dar um outro sentido à crise.

A emergência psiquiátrica é, pois, marcada por uma situação de crise, de desestabilização, de ruptura, de perturbação, de conflitos, de desordem, tanto em nível individual quanto coletivo.

Trata-se de um evento que ressalta a dinâmica e o movimento de determinados saberes e práticas em relação à loucura. Diante desse quadro, é indispensável a intervenção imediata de uma equipe multiprofissional, no intuito de evitar maiores prejuízos à saúde do indivíduo, ou de eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de terceiros.

No hospital geral dispõe-se de especialidades variadas para consulta imediata e de recursos diagnósticos apropriados à correta detecção de distúrbios orgânicos que possam estar causando o transtorno psiquiátrico. Nele, também, encontra-se a oportunidade para evitar o isolamento da psiquiatria, ao integrá-la ao atendimento à saúde em geral. Ao mesmo tempo, evitam-se a discriminação e a estigmatização do doente mental. Nestas circunstâncias, cabe geralmente ao clínico de plantão, prestar o primeiro atendimento e decidir pela liberação, observação ou internação do caso, até a avaliação do psiquiatra. No cotidiano deste ambiente, defende-se a prática profissional voltada para a realidade identificada.

4.3 Sistema Logístico

4.3.1 Regulação

Também denominada Regulação de Acesso ou Regulação Assistencial, tem como objetos a organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, abrangendo a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (Portaria GM/MS nº 1.559, de 01 de agosto de 2008).

4.3.1.1 Encaminhamento via Sistema Integrado de Gestão (SIG) – Consulta em Psiquiatria – Adulto e Consulta em Psiquiatria – Pediatria

Os encaminhamentos de consultas especializadas serão solicitados via sistema, informatizado, integrado de gestão (SIG) - Saudetech, em consultório informatizado, requisições de procedimentos, pelo médico assistente, com descrição detalhada do quadro clínico, classificação internacional de doenças (CID) que justifique o encaminhamento, resultados de exames prévios relacionados (quando houver) ou avaliações complementares e o procedimento terapêutico medicamentoso iniciado ou em curso, para fundamentar a avaliação e regulação da classificação de critérios de risco dos encaminhamentos, atendendo aos critérios deste protocolo.

O médico regulador recebe e avalia esse encaminhamento eletrônico, podendo:

- Direcionar o atendimento ao psiquiatra no Serviço Ambulatorial de Psiquiatria (SAPS);
- Retornar ao profissional que encaminhou com solicitação de mais dados, se for necessário, ou;
- Orientar sobre outra conduta que se faça necessária, por exemplo, encaminhamento ao CAPS, manejo na APS, etc.

O encaminhamento para **consulta em psiquiatria – pediatria**, deve ocorrer para usuários com idade **até 14 anos, 11 meses e 29 dias**; já para os usuários **a partir dos 15 anos**, devem ser encaminhados para **consulta em psiquiatria – adulto**.

4.4 Sistemas de Apoio

4.4.1 Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

4.4.1.1 Laboratório Municipal

O Laboratório Municipal de Joinville tem como objetivo realizar exames laboratoriais complementares ao diagnóstico clínico, a fim de auxiliar no diagnóstico e permitir um melhor tratamento e acompanhamento de patologias humanas.

4.4.1.2 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica, administrativa e política, e sua inserção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é estratégica para o sistema de saúde, uma vez que promove o acesso, o uso racional e responsável de medicamentos, por meio de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial (BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica constitui um conjunto de serviços disseminado por toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Diversas ações, que priorizam o cuidado na Atenção Primária à Saúde, por exemplo, nas Linhas de Cuidado com as redes temáticas, nas pactuações consolidadas pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), nos objetivos da RAS, entre outros, permitem visualizar diversos cenários para a implementação da assistência farmacêutica como um importante conjunto de ações, que visam garantir a integralidade.

4.4.1.2.1 Acesso aos Medicamentos

Alguns medicamentos estão disponíveis pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), os quais a responsabilidade de aquisição e dispensação é do município, e outros estão disponíveis através Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), no qual a responsabilidade de aquisição é do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Saúde do Estado, e a dispensação acontece na Farmácia Escola. Cada componente possui um fluxo diferente para o acesso.

Para a dispensação dos medicamentos sujeitos a controle especial do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), o usuário deve procurar as farmácias das Unidades Básicas de Saúde que contam com farmacêutico, munido de receita SUS, CNS e documento com foto. Os dispensários das Unidades Básicas de Saúde não dispensam medicamentos sujeitos a controle especial, por ser ato privativo dos farmacêuticos. Os usuários atendidos nos CAPS II e III também contam com a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial nestes serviços.

Importante salientar que os medicamentos sujeitos a controle especial do CBAF fornecidos pelo município são aqueles que constam na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) de Joinville.

As Unidades de Saúde que possuem farmacêuticos são: UBSF Aventureiro I, UBSF Comasa, UBSF Fátima, UBSF Floresta, UBSF Jarivatuba, UBSF Bucarein, UBSF Pirabeiraba, UBSF Vila Nova, UBSF Jardim Paraíso I e II, UBSF Costa e Silva e UBSF Morro do Meio.

Para ter acesso aos medicamentos sujeitos a controle especial do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), o usuário deve estar enquadrado em um dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) do Ministério da Saúde. É necessário encaminhar o usuário, familiar ou responsável à Farmácia Escola (FAE) para orientação, devendo ir presencialmente ou via e-mail, pois dependendo da patologia são necessários diferentes documentos. A FAE agenda abertura de processo para o usuário e a documentação é enviada à Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado (DIAF) para análise. Após retorno da DIAF, a Farmácia Escola entra em contato com o usuário e, caso a documentação esteja de acordo, o usuário é agendado para retirada do medicamento na Farmácia Escola.

Quadro 02 – Medicamentos sujeitos a controle especial pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

MEDICAMENTOS	
CLOBAZAM 10 MG (por comprimido)	QUETIAPINA 100 MG (por comprimido)
CLOZAPINA 25MG (por comprimido)	QUETIAPINA 200 MG (por comprimido)
CLOZAPINA 100 MG (por comprimido)	RISPERIDONA 1 MG (por comprimido)
GABAPENTINA 300 MG (por cápsula)	RISPERIDONA 2 MG (por comprimido)
GABAPENTINA 400 MG (por cápsula)	RISPERIDONA 1MG/ML (por frasco 30mL)
LAMOTRIGINA 25 MG (por comprimido)	TOPIRAMATO 25 MG (por comprimido)
LAMOTRIGINA 100 MG (por comprimido)	TOPIRAMATO 50 MG (por comprimido)
ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML (por frasco)	TOPIRAMATO 100 MG (por comprimido)
OLANZAPINA 5 MG (por comprimido)	VIGABATRINA 500 MG (por comprimido)
OLANZAPINA 10 MG (por comprimido)	ZIPRASIDONA 40 MG (por cápsula)
QUETIAPINA 25 MG (por comprimido)	ZIPRASIDONA 80 MG (por cápsula)

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado de Santa Catarina (DIAF/SC), 2020

Quadro 03 – Medicamentos sujeitos a controle especial pertencentes ao Elenco Básico de Medicamentos

ELENCO BÁSICO: MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL
ÁCIDO VALPRÓICO (Valproato de Sódio), 50 mg/mL, solução oral – frasco 100 mL
ÁCIDO VALPRÓICO (Valproato de Sódio), 250 mg – cápsulas
ÁCIDO VALPRÓICO (Valproato de Sódio), 500 mg – comprimido
AMITRIPTILINA, 25 mg – comprimido
BIPERIDENO CLORIDRATO, 2 mg – comprimido
CARBAMAZEPINA, 20 mg/mL, suspensão oral – 100 mL
CARBAMAZEPINA, 200 mg – comprimido
CARBONATO DE LÍTIO, 300 mg – comprimido

CLOPRIMAZINA, 25 mg – comprimido
CLOPRIMAZINA, 100 mg – comprimido
CLOPRIMAZINA, 40 mg/mL, solução oral – gotas
FENITOÍNA, 100 mg – comprimido
FENOBARBITAL SÓDICO, 40 mg/mL, solução oral – gotas – frasco 20mL
FENOBARBITAL SÓDICO, 100 mg – comprimido
FLUOXETINA, 20 mg – cápsula
HALOPERIDOL, 2 mg/mL, solução oral – gotas, frasco 20 mL
HALOPERIDOL, 5 mg – comprimido
HALOPERIDOL, SAL DECANOATO, 50 mg/mL, solução injetável – ampola 1mL
IMIPRAMINA, 10 mg – comprimido
IMIPRAMINA, 25 mg – comprimido
LEVOMEPRIMAZINA, 25 mg – comprimido
LEVOMEPRIMAZINA, 100 mg – comprimido

Fonte: REMUME – SES/Joinville, 2020

Quadro 04 – Medicamentos sujeitos a controle especial presentes na Caixa de emergência das Unidades de Saúde

MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL	
CAIXA DE EMERGÊNCIA DAS UNIDADES	
DIAZEPAM 5 mg/mL, solução injetável – 2 mL	
FENITOÍNA SÓDICA, 50 mg/mL, solução injetável – 5 mL	
HALOPERIDOL, 5 mg/mL, solução injetável – 1 mL	
MORFINA SULFATO, 1 mg/mL, solução injetável – 2 mL	

Fonte: REMUME – SES/Joinville, 2020

Quadro 05 – Medicamentos sujeitos a controle especial de uso Exclusivo dos Prontos Atendimentos e Unidades de Saúde Mental

MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL	
EXCLUSIVOS DOS PRONTO ATENDIMENTOS E SAÚDE MENTAL	
BIPERIDENO LACTATO, 5 mg/mL, solução injetável – 1 ml	
CLOPRIMAZINA, 5 mg/ mL, solução injetável – 5 mL	
DIAZEPAM, 10mg	
FENOBARBITAL SÓDICO, 100 mg/ mL, solução injetável – 2 mL	
FENTANILA, SAL CITRATO, 0,05 mg/ mL, solução injetável – 2 mL	
HALOPERIDOL, 5mg/mL, solução injetável – 1 mL	
MIDAZOLAM, 5 mg/ mL, solução injetável – 3 mL	

Fonte: REMUME – SES/Joinville, 2020

5 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA RAPS

Critérios de Inclusão:

- Residir em Joinville;
- Apresentar alterações do estado mental e sofrimento psíquico, que apresente prejuízo na capacidade funcional (relações sociais, laborais, familiares, escolares, entre outras);
- Apresentar dependência e/ou prejuízo relacionado ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.

Critérios de Exclusão:

- Não residir em Joinville;
- Apresentar alterações do estado mental, mas sem prejuízos na capacidade funcional;
- Apresentar doença neurológica, sem transtorno mental associado.

5.1 Conduta

- Realizar a escuta qualificada, acolhendo a demanda, o que pressupõe “uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos; uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais” (Brasil, 2010a, p. 21).
- “Prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos” (Brasil, 2010a, p. 21).
- Comunicar a equipe de Saúde da Família de referência do usuário para acompanhar o atendimento do mesmo (em caso de ter sido acolhido em outro ponto de atenção).
- Avaliar os fatores de risco (clínicos e/ou psiquiátricos);

- Realizar avaliação clínica completa, se apresentar comorbidades clínicas orientar o tratamento indicado na APS;
- Em caso de Urgência/Emergência deverá ser feito contato com o SAMU.

5.2 Fatores de Risco

- Antecedentes de comorbidades clínicas;
- Antecedente de transtorno mental (que fez ou faz acompanhamento em algum ponto da RAPS);
- História familiar de transtorno mental;
- Antecedente de ideação ou tentativa de suicídio no último ano;
- Uso nocivo de álcool e/ou outras drogas;
- Apoio social precário (morar sozinho, familiares distantes, etc.);
- Sofreu algum tipo de violência.

5.3 Serviço Ambulatorial de Psiquiatria (SAPS)

Deve-se encaminhar o usuário para teleconsultoria/teleregulação (pediátrico, adolescente e adulto) quando houver:

- Pouca melhora dos sintomas psiquiátricos mesmo já em acompanhamento com equipe multiprofissional (Nasf), após ter descartado comorbidades clínicas (ou adequação das medicações clínicas e do quadro orgânico), uso das medicações e manejo recomendados por, no mínimo, 60 dias e ter pedido apoio matricial;
- Agravamento do estado mental;
- Comorbidade de transtorno mental.

Critérios de Exclusão:

Nos casos abaixo, pode haver comorbidades psiquiátricas, porém só devem ser encaminhados para a psiquiatria após avaliação prévia com neurologia, clínica, pediatria ou geriatria.

Usuário com quadro neurológico:

- AVC;
- Demência;
- Deficiência Intelectual ou Transtorno do Espectro do Autismo (ver protocolo do NAIPE);
- Epilepsia.

5.4 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Usuários em sofrimento psíquico moderado a grave e que não caracterizem urgência e emergência clínica/psiquiátrica, encaminhar ao CAPS de referência. Vale lembrar que o encaminhamento ao CAPS não é consulta regulada, funciona com acolhimento porta aberta. Caso o usuário seja atendido em algum outro serviço de saúde e conforme critérios, seja encaminhado ao CAPS, a referência deve ser feita.

Deve-se encaminhar o usuário a um tratamento no CAPS, CAPS AD e no CAPS Infantojuvenil quando houver algum desses fatores:

- Apresenta intenso sofrimento psíquico, que impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida;
- Antecedente de comorbidade psiquiátrica;
- Risco de suicídio ou plano suicida;
- Desesperança significativa e impulsividade;
- Continuar o abuso e ou dependência química;
- Sintomas psicóticos: o juízo crítico e o contato com a realidade podem estar comprometidos, porém não apresenta episódios de auto ou heteroagressividade, aceita o manejo e o tratamento;
- Não adesão ou impossibilidade de seguir tratamento ambulatorial;
- Apoio social precário (mora sozinho, familiares distantes, etc.).

Importante: Para tratamento no CAPS AD e CAPS IJ (relacionado à substâncias psicoativas), além dos fatores acima citados, o usuário deve fazer uso abusivo de álcool e outras drogas.

5.5 Situações de Urgência e Emergência

Algumas situações de saúde mais comuns que necessitam de encaminhamento aos Pontos de Atenção de Urgência e Emergência são contempladas nesta linha de cuidado.

É responsabilidade do profissional de saúde, tomar a decisão e orientar o encaminhamento ao serviço apropriado, conforme sua avaliação. Como regra geral, os profissionais de saúde devem lembrar que sinais e sintomas psiquiátricos podem ser a primeira manifestação de:

- Problemas clínicos;
- Problemas neurológicos;
- Uso, abuso ou síndrome de abstinência de substâncias psicoativas;
- Transtornos psiquiátricos.

Usuários que apresentam violação de direitos (violência física, psicológica e sexual) encaminhar ao SUAS/CREAS, conforme protocolos vigentes.

Uma vez havendo a necessidade de encaminhamento para uma especialidade clínica ou cirúrgica deve-se seguir as recomendações e protocolos de cada uma delas.

5.5.1 Encaminhamento para Rede Hospitalar (conforme Deliberação 181/CIB/2017)

- Crianças de até 14 anos, 11 meses e 29 dias: encaminhar para o Hospital infantil Dr. Jeser Amarante Faria;
- Adolescentes a partir de 15 anos: encaminhar para o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.

Deve-se encaminhar o usuário para um Pronto Socorro (HRHDS e HJAF) para avaliação clínica e psiquiátrica de emergência quando:

- Apresenta elevado risco de auto ou hetero agressão;
- Surto psicótico com agitação psicomotora;

Crítérios na ideação ou tentativa de suicídio:

- Constância de pensamentos autodestrutivos permanentes ou recorrentes;
- Alto nível de intenção de morrer nas próximas horas ou nos próximos dias;
- Existência de plano destrutivo imediato, realista, envolvendo métodos eficazes;
- Tentativa de suicídio ou apresentou ideação com planejamento nos últimos sete dias (pensamentos obsessivos com conteúdos mórbidos e presença de desesperança);
- Agitação ou pânico;
- Comorbidade psiquiátrica;
- Suporte social precário e dificuldades para manter vínculos.

Gestantes:

- Adolescentes até 14 anos, 11 meses e 29 dias que apresentar transtorno mental ou alteração do comportamento deverá ser encaminhada para avaliação ao Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria;
- A partir de 15 anos, toda gestante que apresentar transtorno mental ou alteração do comportamento deverá ser encaminhada para avaliação para o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.

5.5.2 Encaminhamento para UPA/PA

- Efeitos adversos a medicamentos;
- Hiper ou hipoglicemia;
- Alterações na pressão arterial, alterações na frequência cardíaca, etc.;
- Alterações na avaliação do estado mental como confusão mental, *delirium*, delírio, desorientação, alucinações;
- Quadros agudos de ansiedade;
- Ausência de crítica de sua condição.

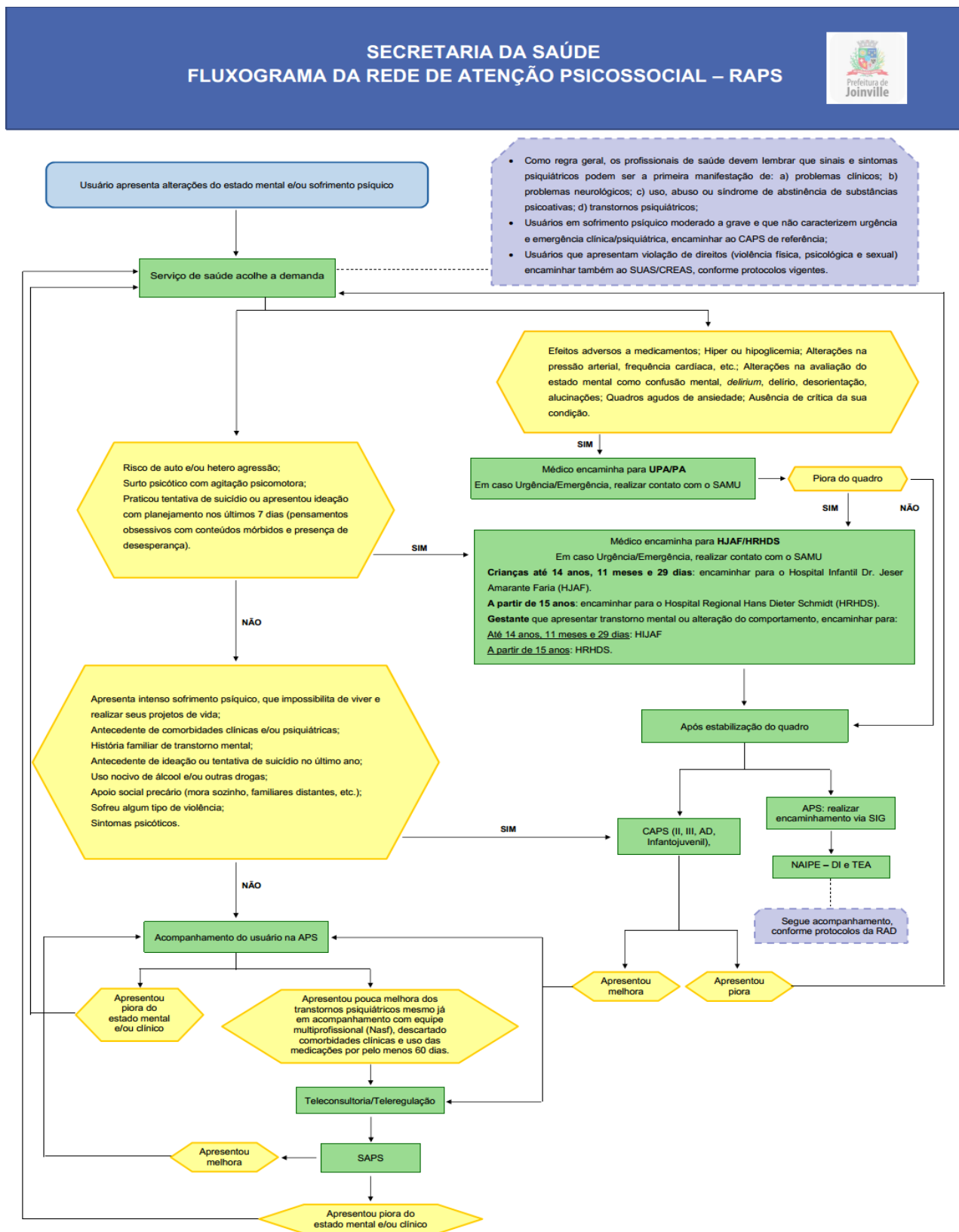
5.5.3 Orientações Gerais

- Possíveis dúvidas deverão ser dirimidas com o auxílio da teleconsultoria/teleregulação ou matriciamento (NASF e/ou CAPS) em saúde mental, antes do encaminhamento para a central de regulação;

- Encaminhamentos com dados insuficientes à avaliação do médico regulador e/ou sem enquadramento aos critérios estabelecidos pelo protocolo da regulação, serão devolvidos ao médico assistente;
- Em caso de piora do estado mental e/ou sofrimento psíquico, reavaliar os fatores de risco e comorbidades clínicas e pedir novo encaminhamento conforme o fluxograma da RAPS (figura 02).

6 FLUXOGRAMA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Figura 02 – Fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial – SES/Joinville



Fonte: SES – Joinville, 2020

7 ARTICULAÇÃO COM A SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SAS)

A intersetorialidade propicia a otimização dos recursos existentes, visando a maior integralidade e resolutividade. Nessa lógica, tem sido fundamental a atuação em conjunto da Secretaria de Saúde com a Secretaria de Assistência Social.

Este tem como responsabilidade a articulação e organização de todas as ações sócio-assistenciais, as quais se dividem por suas especificidades e tipos de proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

A SAS está localizada na Rua Araranguá, 397, bairro América. Para maiores informações, acessar: <https://www.joinville.sc.gov.br/institucional/sas/>

Horário ao público: segunda a sexta, 8h às 14h, exceto feriados e pontos facultativos
Telefone: (47) 3434-4831

7.1 Proteção Social Básica

A Proteção Social Básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento e aquisição de potencialidades, e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Abrange os seguintes programas/projetos e serviços:

7.1.1 Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF)

Os CRAS são espaços físicos localizados, estrategicamente em áreas de vulnerabilidade social onde acontece o PAIF. São desenvolvidas ações de atenção à família em situação de risco e exclusão social, articulados com a rede de serviços sócio assistenciais, viabilizando o processo de emancipação social. O CRAS presta atendimento sócio assistencial, articulando os serviços disponíveis em cada localidade e potencializando a rede de proteção social básica.

7.2 Proteção Social Especial de Média Complexidade

Apresentam caráter sócio assistencial, conforme o documento de Orientações Técnicas:
Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS:

“A Proteção Social Especial (PSE) organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, o fortalecimento de potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos. Na organização das ações de PSE é preciso entender que o contexto socioeconômico, político, histórico e cultural pode incidir sobre as relações familiares, comunitárias e sociais, gerando conflitos, tensões e rupturas, demandando, assim, trabalho social especializado” (BRASIL, 2011a, p. 17).

São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Difere-se da proteção básica por se tratar de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, além de acompanhamento sistemático e monitorado.

7.2.1 Centro de Referência em Assistência Social, Proteção Social Especial (CREAS)

O CREAS é a unidade pública e estatal de abrangência municipal e que oferta, obrigatoriamente, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). No município de Joinville são três CREAS que ofertam os seguintes serviços:

Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI

Esse serviço é ofertado nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social com o objetivo de prestar apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos.

Compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e/ou as submetem a situações de risco pessoal e social.

Serviço de Proteção Social a Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa (MSE) de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços a comunidade (PSC)

Realiza acompanhamento social ao adolescente durante o cumprimento de medida socioeducativa de LA e de PSC. Promove a inserção em outros Serviços e Programas socioassistenciais e de políticas setoriais. Viabiliza a atenção socioassistencial e acompanhamento contribuindo para o acesso a direitos e para resinificação de valores na vida pessoal e social dos usuários. Os adolescentes de 12 a 18 anos incompletos, ou jovens de 18 à 21 anos, em cumprimento de medida socioeducativa de LA e PSC, aplicada pela Justiça da Infância e da Juventude e são encaminhados por este mesmo órgão.

Serviço de Proteção Social para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias - PCDI

Oferta atendimento especializado a pessoas com deficiência, idosos e suas famílias que vivenciam limitações agravadas por violação de direitos, caracterizados pelas seguintes formas de

violência: física, sexual, social, negligência, abandono, psicológica, financeira, emocional, auto negligência e confinamento ou isolamento que comprometam sua autonomia. Promove ações para superação das situações violadoras de direitos, propiciando a autonomia e melhoria da qualidade de vida; incentivo e fortalecimento do direito a convivência familiar e comunitária; realiza o encaminhamento para acesso a benefícios da rede socioassistencial e demais políticas públicas.

7.2.2 Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) é uma unidade de serviço social especializado do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que oferta serviço sócio-assistencial para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência, assegurando atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento desociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

Serviço Especializado em Abordagem Social - SEAS

O Serviço Especializado em Abordagem Social é ofertado de forma continuada e programada com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras. No cotidiano de suas ações deverão ser consideradas praças, entroncamento de estradas, fronteiras, espaços públicos onde se realizam atividades laborais, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércio, terminais de ônibus, trens, metrô e outros. O Serviço deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos.

8 AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSIQUIÁTRICA

8.1 Avaliação Geral

Etapas do Atendimento Centrado na Pessoa

- Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente (illness x disease);
- Entendendo a pessoa como um todo;
- Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;
- Incorporando prevenção e promoção à saúde;
- Intensificando a relação profissional – pessoa;
- Sendo realista.

Formulação Diagnóstica Multiaxial

- Transtornos mentais;
- Transtornos/estilo de personalidade e transtorno do desenvolvimento;
- Problemas de saúde em geral;
- Avaliação de incapacidade;
- Problemas sociais.

Perguntas que não Podem Faltar

- Há quanto tempo apresenta determinada queixa? Já apresentou algo parecido antes?
- Alguém da família já apresentou quadro semelhante?
- Faz uso de drogas e ou medicações?
- Há outra doença clínica ou psiquiátrica concomitante?
- Apresentou traumatismo cranioencefálico anterior?
- Já foi submetido à internação psiquiátrica?

Queixa Principal: Anotar o problema que levou a usuário a procurar o profissional de saúde, de preferência com as próprias palavras do usuário.

Antecedentes Familiares: Investigar hipertensão, diabetes, neoplasias, osteoporose, cardiopatias, doenças psiquiátricas, dentre outras.

Antecedentes Patológicos: Doenças clínicas e doenças psiquiátricas, todas as medicações em uso: dosagem e tempo de uso, interações e alergias. Relatar a ocorrência de doenças, inclusive as sexualmente transmissíveis, tratamentos, transfusões, internações, fraturas e cirurgias anteriores. Identificar os hábitos de vida – uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas.

8.2 Avaliação das Funções Psíquicas

Apresentação e comportamento: atitude do usuário, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura.

Discurso: velocidade, qualidade, continuidade, lógica.

Conteúdo do pensamento: preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, ansiedade e medo, fobias, pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais, delírios (idéias patologicamente falseadas, que não encontram sustentação lógica).

Cognição:

Consciência: obnubilação, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagueando);

- **Orientação auto e alopsíquica:** local, hora, dia e data;
- **Atenção e concentração** dirigida e espontânea (do meio ambiente);
- **Memória imediata:** experiências nos últimos dias;
- **Memória remota:** eventos pessoais passados como escola, casamento;
- **Inteligência:** cálculos, leitura.

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 de apetite e peso e ideação suicida;

- **Sensopercepção:** alucinação, despersonalização.
- **Juízo e autocrítica:**
 - **Juízo:** alterado na ocorrência de delírios (com gradações);
 - **Autocrítica:** para avaliar usar perguntas como: “Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?” “ Você acha que pode estar precisando de tratamento?”

8.3 Avaliação Infantil e Adolescente

As avaliações infantis detalhadas compõem-se de entrevistas com os pais, com a criança e com outros membros da família, além da coleta de informações sobre o desempenho atual da criança na escola e, quando necessário, de uma avaliação padronizada de seu nível intelectual e de suas conquistas acadêmicas. Em alguns casos, é interessante fazer medições padronizadas do nível de desenvolvimento e avaliações neuropsicológicas. As análises psiquiátricas raramente iniciam pela criança, de modo que os médicos devem obter informações com a família e na escola para que possam entender seus motivos.

A primeira etapa de uma avaliação detalhada de uma criança ou de um adolescente é a obtenção de uma descrição completa das preocupações atuais e uma história dos problemas de comportamento, psiquiátricos e médicos já ocorridos. Em geral esse tipo de avaliação é feito com os pais de crianças em idade escolar, enquanto os adolescentes são entrevistados isoladamente em primeiro lugar para que seja possível captar sua percepção sobre a situação.

O exame psíquico visa avaliar o estado mental da criança ou do adolescente no momento do primeiro contato. Ele se realiza desde o instante em que o usuário entra na sala de consulta e só termina ao final da entrevista. Os itens a serem avaliados e anotados devem guardar direta

relação com a fase do desenvolvimento físico, cognitivo e emocional em que o usuário se encontra. Discrepâncias entre o que está sendo observado e o que é esperado para aquela faixa etária devem ser anotadas.

8.4 Avaliação na Gestação e no Puerpério

O período perinatal – que abrange toda a gestação até um ano do nascimento é um momento de especial vulnerabilidade aos transtornos mentais, especialmente às doenças afetivas e transtornos ansiosos. Não há evidências na literatura de que a gravidez seja de alguma forma protetora no que se refere à doença mental.

O primeiro mês do pós-parto é um período de desafios para a mãe (como cuidar de um recém-nascido, restabelecer-se do parto, dormir pouco, tentar estabelecer uma rotina para a amamentação e se ajustar a uma nova dinâmica familiar). Dessa forma, toda mãe recente com antecedentes psiquiátricos deve ser acompanhada com mais proximidade pela equipe de saúde. Até 85% das mulheres experimentam alguma alteração de humor durante o período puerperal. Os sintomas são leves para a maioria delas. No entanto, entre 10 e 15% das puérperas vivenciam sintomas clinicamente significativos.

A história psiquiátrica, os sintomas atuais e a atitude do usuário diante do uso da medicação durante a gestação devem sempre ser avaliados.

Toda gestação com algum transtorno psiquiátrico importante deve ser considerada de alto risco. A gestante e o feto devem ser monitorados cuidadosamente durante toda a gestação e o pós-parto atuais e seguintes.

Quadro 06 – Riscos da doença afetiva e ansiosa não tratada

Evolução obstétrica e fetal	Maior risco de prematuridade (< 37 semanas) e de recém-nascido de baixo peso (< 2.500g)
	Comprometimento do crescimento e ganho de peso fetal, maior risco pra estresse fetal
	Maior risco de abortamento espontâneo
	Maior risco de pré-eclâmpsia
	Maior risco de cesáreas e fórceps
Evolução neonatal	Escores mais baixos do Apgar
	Maior probabilidade de admissão nas unidades de cuidados neonatais
	Maiores riscos de lesões pela mãe por desorganização, impulsividade ou agressividade
	Comprometimento do padrão do sono, choro excessivo e irritabilidade
Desenvolvimento infantil	Efeito negativo no vínculo materno-fetal e materno-infantil
	Atraso no desenvolvimento emocional, cognitivo e da linguagem

	Crianças com maior incidência de transtornos psiquiátricos
Riscos para a mãe	Pior aderência às orientações perinatais – nutrição, sono e exercícios físicos
	Agravamento das comorbidades clínicas
	Aumento à exposição ao álcool, nicotina e drogas ilícitas
	Aumento de comportamentos de autoagressão e suicidas
	Aumento do risco de depressão pós-parto
	Impacto no relacionamento conjugal e familiar

Fonte: Forlenza e Miguel, 2012.

8.5 Avaliação do Idoso

A anamnese do idoso portador de transtorno psiquiátrico é a base para a assistência em saúde adequada, do mesmo modo que nos usuários com patologias psiquiátricas em geral. Obter a história geriátrica e avaliar o estado mental do idoso são tarefas longas e complexas, pois o usuário vive há mais de seis décadas e frequentemente apresenta diversas comorbidades, tanto neurológicas como clínicas. É imprescindível a participação da família ou do círculo de convívio imediato durante a avaliação do idoso com ou sem comprometimento cognitivo, para confirmar ou não o relato do usuário e informar a respeito da personalidade prévia do usuário. A paciência é a regra, pois em alguns casos o idoso pode ser lento, inquieto e apresentar dificuldades para tolerar uma entrevista longa e detalhada, principalmente se ele for portador de transtornos mentais graves, prejuízos cognitivos e déficits sensoriais auditivos e visuais.

O objetivo da história da moléstia atual é documentar a sequência temporal do desenvolvimento dos sintomas (afetivos, cognitivos, comportamentais e físicos) e a relação dos sintomas com o ambiente e com as atividades diárias do idoso. O examinador precisa estar familiarizado com a história natural e a sintomatologia dos transtornos mentais mais comuns em idosos, como o delirium, a depressão e os transtornos cognitivos, pois alguns deles manifestam-se diferentemente nesse grupo de usuários.

A anamnese inclui a investigação de sintomas afetivos, cognitivos, comportamentais e físicos, além da verificação da **capacidade de exercer as atividades de vida diária**.

Toda a avaliação do idoso tem como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, através das atividades de vida diária (AVD) básicas, instrumentais e avançadas. O principal sintoma a ser investigado é a presença de declínio funcional. As AVDs básicas são investigadas pela escala de Katz (Quadro 07) enquanto as AVD instrumentais pela escala de Lawton-Brody (Quadro 08). A perda de AVD ou o declínio qualitativo na realização das tarefas do cotidiano deve ser bem caracterizada. Para tanto, caso o idoso não seja capaz de responder, o informante auxilia. Muitas vezes, é necessária a confirmação da AVD com outros familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho, etc. O declínio funcional nos idosos geralmente segue uma hierarquia, iniciando-se

pela AVD mais complexas (avançadas e instrumentais) até comprometer o auto-cuidado (AVD básicas).

Quadro 07 – Escala de Katz – Atividades de Vida Diária (AVD)

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ()	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ()	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ()	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ()	(1 ponto) Senta-se / deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se / deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ()	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ()	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral
Pontuação Final: _____		
Interpretação da Pontuação Final: Independente = 6 pontos Parcialmente dependente = 4 pontos Dependência total = 2 pontos		

Fonte: SPIRDUSO, 2005

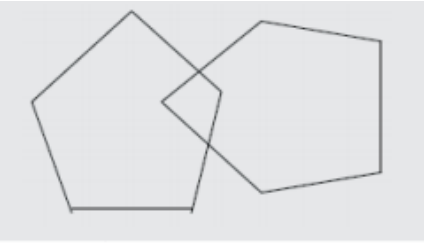
Quadro 08 – Escala de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	Consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
2	Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
3	Consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
4	Consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
5	Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
6	Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
7	Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
8	Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
9	Consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
Pontuação Final: _____			
Interpretação da Pontuação Final:			
Independente = 27 a 19 pontos			
Parcialmente dependente = 18 a 10 pontos			
Dependência total = < 9 pontos			

Fonte: SPIRDUSO, 2005

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é um instrumento extremamente útil na triagem cognitiva por ser simples e de fácil aplicação, com duração de 5 a 10 minutos. É composto por 11 itens e a pontuação máxima é de 30 pontos. Os primeiros cinco itens do teste avaliam basicamente a memória e função executiva (atenção e concentração). A segunda metade avalia também outras funções corticais (linguagem, gnosis, praxia, função executiva e função visuoespacial). Portanto, é um teste capaz de rastrear todas as funções cognitivas, mas que, no entanto, não pode ser utilizado isoladamente para o diagnóstico das síndromes demências.

Quadro 09 – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Usuário:		
Avaliador:	Data da avaliação: ____/____/____	
ORIENTAÇÃO		
Dia da semana (1 ponto)	()	Dia do mês (1 ponto) ()
Mês (1 ponto)	()	Ano (1 ponto) ()
Hora aproximada (1 ponto)	()	Local específico (1 ponto) ()
Instituição (residência, hospital, clínica)(1 ponto)	()	Bairro ou rua próxima (1 ponto) ()
Cidade (1 ponto)	()	Estado (1 ponto) ()
MEMÓRIA IMEDIATA		
<p>Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao usuário pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. Depois repita as palavras e certifique-se de que o usuário as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.</p>		()
ATENÇÃO E CÁLCULO		
<p>(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) (Alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)</p>		()
EVOCAÇÃO		
Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavras)		()
LINGUAGEM		
Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)		()
Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)		()
Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” (3 pontos)		()
Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)		()
Escrever uma frase (1 ponto)		()
Copiar um desenho (1 ponto)		()
		
SCORE: (____ /30)		
Escolaridade	Ponto de Corte	Comentários
Analfabetos / baixa escolaridade	18 pontos	O ponto de corte no MEEM depende da sensibilidade e especialidade que se deseja do teste (Avaliação Quantitativa). Assim, o que importa é o desempenho qualitativo do usuário, particularmente nos itens que mais avaliam a memória episódica e, portanto, mais precocemente comprometidos nos quadros amnésicos, como a doença de Alzheimer. A presença de erros nas perguntas referentes à memória de evocação e orientação temporal devem ser mais valorizados, mesmo que a pontuação final esteja dentro da faixa considerada “normal” (Avaliação Qualitativa).
8 anos ou mais de escolaridade	26 pontos	

Fonte: Folstein, Folstein & McHugh, 1975.

É importante a pesquisa de possíveis fatores desencadeantes para o quadro, incluindo fatores estressores ambientais e decorrentes de doenças clínicas. Também devem ser pesquisados os antecedentes pessoais e familiares, além de ser necessário o interrogatório sobre os diversos aparelhos. Em seguida, é realizado o exame psíquico e físico e o neurológico (que pode ser direcionado para os sinais e sintomas presentes).

Nos idosos, complementa-se o exame psíquico clássico com testes que verificam com maior precisão comprometimento cognitivo, como MMSE, teste do relógio, fluência verbal e bateria breve e testes para avaliar a funcionalidade como o IQCODE. Se necessário é feito o CAMCOG e, em seguida, o neuropsicológico.

Alguns exames complementares são essenciais, principalmente na avaliação de quadros demências e de *delirium*, incluindo exames gerais e de imagem, mas de modo geral devem ser realizados com base na anamnese. Em caso de dúvida pode-se solicitar segunda opinião formativa via Teleconsultoria ou Matriciamento.

A seguir apresentamos um modelo de encaminhamento com todos os dados necessários para pedir a teleconsultoria, matriciamento e regulação. Lembrando, quanto mais informações forem preenchidas, mais rápido e eficiente será a resposta e encaminhamento do usuário para o serviço correto.

8.6 Instrumentos de Avaliação e Encaminhamento

8.6.1 Cartão Babel

Este Cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na APS, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco. Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O Cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morriss, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008). Disponível Eletrônico de Informação SEI 20.0.137215-3.

Figura 03 – Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica

Cartão Babel

de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morriss, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008)



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Este cartão pode ser reproduzido parcial ou integralmente, desde que citada a 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.

Fonte: Gonçalves, 2009.

9 TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO E COMORBIDADES CLÍNICAS

A separação entre “transtorno psiquiátrico” e “outras condições médicas” pode ser enigmática e, muitas vezes, nebulosa. Essa incerteza pode se dever a variações na acurácia e na qualidade das avaliações, bem como a falsos julgamentos em relação a conexões causais entre fatores “orgânicos” e “inorgânicos”.

Embora a distinção possa ser desafiadora, vaga, variável e reducionista, a equipe de saúde na APS continuará buscando pelo “físico” no “mental” (lembrando que nem sempre “ausência de evidência significa evidência de ausência”), porque isso pode resultar em diagnóstico e tratamento mais adequados e precoces, prognóstico mais preciso e melhor nível de funcionamento geral.

A equipe de saúde na APS tem um papel central diante da limitação imposta pela doença, no sentido de transmitir confiança em relação ao que pode ser feito e alguns usuários se sentirão melhor apenas com a percepção de que a equipe dá atenção às suas angústias e preocupações. Nessas situações, o acolhimento da equipe de saúde na atenção primária e sua confiança no tratamento é suficiente para diminuir a ansiedade.

A terapêutica de qualquer transtorno mental implica identificar e tratar aspectos biológicos e psicossociais que estejam atuando etiológicamente ou como mantenedores do transtorno, a presença de uma comorbidade clínica implica que esse enfoque se intensifique. O impacto psicológico das restrições impostas pela comorbidade clínica e dos procedimentos terapêuticos (reações de adaptação), bem como o potencial impacto no sistema nervoso central (SNC) de mudanças fisiopatológicas da própria condição clínica ou de seu tratamento (síndromes mentais orgânicas), precisa de atenção especial.

A prática clínica e as evidências científicas indicam para a etiologia multifatorial, ou seja, primeiro afastar a causa orgânica e em seguida (não por ser menos importante ou menos frequente) afastar as causas mentais (psicológicas, psiquiátricas) e sociais. A relevância dessa postura é corroborada pela elevada presença de comorbidade entre o transtorno mental e a condição médica não psiquiátrica.

É possível observar que em todas as categorias diagnósticas relatadas no DSM-5 admite-se a possibilidade de que o quadro psiquiátrico seja causado por outra condição médica. A designação “outra condição médica”, foi criada como um atalho conveniente para se referir a condições e transtornos listados fora do capítulo dos “Transtornos Mentais e Transtornos Comportamentais” da CID 10.

Um transtorno mental causado por uma condição clínica, é caracterizado pela presença de sintomas mentais julgados como consequência psicopatológica direta de uma condição clínica geral. Tais julgamentos devem se basear na história, no exame físico ou em testes complementares.

Um transtorno não é designado como “decorrente de outra condição clínica” quando existe apenas uma relação psicológica (e não fisiológica) com a condição de base – por exemplo, quando

se pensa que um humor depressivo é uma reação psicológica a uma doença grave ou que até mesmo coloque a vida em risco.

9.1 Avaliação e Diagnóstico

Embora não haja diretrizes infalíveis, alguns indícios úteis podem despertar a suspeita de uma causa orgânica para o transtorno psiquiátrico:

- Início dos sintomas psiquiátricos em idade atípica (ex: psicose após 30 anos, mania após 30 anos);
- Ausência de história familiar de doenças psiquiátricas;
- Ausência de antecedentes pessoais de doenças psiquiátricas;
- Resposta inadequada ao tratamento dos sintomas psiquiátricos;
- Sintomas mais graves do que seriam esperados na condição psiquiátrica presumida;
- Presença de condição psicopatológica seguindo uma mudança de personalidade abrupta;
- Coexistência de doenças físicas, as quais sabidamente produzem sintomas psiquiátricos;
- **Presença de déficits cognitivos, especialmente envolvendo a memória e o nível de consciência;**
- Nexo temporal, isto é, a relação temporal entre o começo, a exacerbação ou a remissão de um transtorno mental e uma condição médica geral (p. ex., um quadro de desinibição que iniciou até seis meses depois de um traumatismo craniano);
- Redução dos sintomas do transtorno mental com o tratamento da condição médica subjacente (p. ex., um quadro apático ou amnésico que desapareceu com o tratamento do hipotireoidismo);
- Presença de características atípicas para um transtorno mental primário: início em uma idade improvável, sintomas polimórficos e oscilatórios (p. ex., alucinações visuais que iniciam na terceira idade e que pioram sempre ao anoitecer);
- **Presença de correspondências bem estabelecidas na literatura de um transtorno mental com uma condição médica em particular (p. ex., déficit cognitivo súbito com infecção urinária; confusão mental com endocardite bacteriana).**

9.1.1 Exames Laboratoriais e Complementares

A tabela abaixo apresenta os principais exames laboratoriais que devem ser lembrados quando o médico suspeita de Transtornos Mentais Orgânicos (TMO). Estes exames devem ser solicitados com base em dados da anamnese, exame físico, neurológico e mental prévio.

9.1.2 Exames Laboratoriais e Complementares úteis para o Diagnóstico de Transtornos Mentais Orgânicos

Quadro 10 – Exames de rotina

Código SUS	Exame Laboratorial
02.02.02.038-0	Hemograma Completo
02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio
02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio
02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose
02.02.01.069-4	Dosagem de Ureia
02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina
02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxalacetica (TGO)
02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)
02.02.01.046-5	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (GAMA GT)
02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina
02.02.08.008-0	Cultura de Bactérias para Identificação (Urocultura)
02.02.08.001-3	Antibiograma

Quadro 11 – Exames baseados em julgamento clínico

Código SUS	Exame Laboratorial
02.02.01.073-2	Gasometria (PH, PCO ₂ , PO ₂ Bicarbonato AS ₂ (Excesso ou Déficit Base)
Exames bioquímicos adicionais	
02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio
02.02.01.056-2	Dosagem de Magnésio
02.02.01.072-4	Eletroforese de Proteínas
02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico
02.02.07.035-2	Dosagem de Zinco
02.02.07.019-0	Dosagem de Cobre
02.02.07.017-4	Dosagem de Chumbo
02.02.07.014-0	Dosagem de Cádmio
02.02.07.026-3	Dosagem de Mercúrio
02.02.01.070-8	Dosagem de Vitamina B12
02.02.01.040-6	Dosagem de Folato
02.02.06.025-0	Dosagem de Hormônio Tireoestimulante (Tsh)
02.02.06.013-6	Dosagem de Cortisol
Exames de imunologia	
02.02.02.041-0	Pesquisa de Células LE
02.02.03.059-8	Pesquisa de Anticorpos Antinúcleo (FAN)
Pesquisa sorológica para sífilis Para diagnóstico	
02.14.01.007-4	Teste Rápido para Sífilis

Somente se TR reagente	
02.02.03.111-0	Teste não Treponemico para Detecção de Sifilis (VDRL)
02.02.03.109-8	Teste Treponemico para Detecção de Sifilis
Pesquisa sorológica para vírus da imunodeficiência adquirida Para diagnóstico	
02.14.01.005-8	Teste Rápido para Detecção de Infecção pelo HIV
Somente se TR indefinido	
02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)
Porfobilinogênio urinário e ácido 5 indolacético	
02.02.05.029-7	Pesquisa de Porfobilinogenio na Urina
02.02.06.007-1	Dosagem de Acido 5-Hidroxi-Indol-Acetic (Serotonina)
Exame do líquido, incluindo sorologia, cultura, eletroforese de proteínas Procedimentos não realizados de forma ambulatorial	
02.02.09.023-0	Pesquisa de Caracteres Físicos no Líquor
02.02.09.005-1	Contagem Específica de Células no Líquor
02.02.09.015-9	Eletroforese de Proteínas com Concentração no Líquor
Outros	
02.11.02.003-6	Eletrocardiograma
02.04.03.015-3	Raio X de Tórax (PA e Perfil)
02.06.01.007-9	Tomografia Computadorizada de Crânio

9.2 Endocrinologia

9.2.1 Diabetes

A depressão, independentemente de outros fatores de risco, foi associada a um maior risco para o desenvolvimento do diabetes e também a pior adesão ao tratamento, piora do controle glicêmico e maior risco para o desenvolvimento de complicações relacionadas à doença.

A prevalência de depressão em usuários com diabetes é de 11 a 15%, no entanto, quando se considera um critério mais amplo, como sintomatologia depressiva significativa, a prevalência varia de 21,8 a 60%. Além disso, o risco de usuários com diabetes tipo 1 apresentarem depressão é três vezes maior do que o de usuários não diabéticos, e, para usuários portadores de diabetes tipo 2, o risco é duas vezes maior do que em usuários não diabéticos.

Aspectos clínicos comuns a diabetes e depressão dificultam o diagnóstico desta segunda, podendo facilmente se atribuir o aumento ou a perda de peso, o cansaço ou o aumento do apetite apenas ao diabetes. A investigação de depressão nesses casos ganha maior confiabilidade quando sentimentos, como desesperança e desamparo, são levados em conta. **Do ponto de vista fisiológico, sabe-se que a resistência à insulina pode ocorrer devido ao estresse emocional por meio de alterações em citocinas e do cortisol.**

Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), como a Fluoxetina, tendem a diminuir a resistência periférica à insulina e são bem-tolerados de forma geral e mostraram eficácia semelhante na redução dos sintomas depressivos em usuários com diabetes.

É relevante para o tratamento analisar o risco de os antidepressivos aumentarem o peso e, independentemente, apresentarem um efeito hiperglicemiante, elevando o risco de diabetes no uso prolongado (mais de 24 meses) em doses consideradas moderadas a altas. Paradoxalmente, o tratamento de curto prazo de episódios depressivos com ISRS está associado a uma redução de aproximadamente 30% da glicemia de jejum e diminuição da hemoglobina glicada (estudos de até um ano).

Alguns fatores, incluindo complicações clínicas do diabetes e maior gravidade dos sintomas depressivos, podem reduzir a taxa de resposta aos antidepressivos.

Outra causa de alteração psiquiátrica relacionado com a diabetes é a encefalopatia hipoglicêmica causada pelo excesso de insulina, seja por produção endógena, seja por administração exógena. Os sintomas premonitórios, os quais não ocorrem em todos os usuários, incluem náusea, sudorese, taquicardia e sensações de fome, apreensão e inquietude. Com o avanço do distúrbio, podem se desenvolver desorientação, confusão e alucinações, bem como outros sintomas neurológicos e clínicos. Podem ocorrer estupor e coma, e uma demência residual e persistente, às vezes, pode constituir uma sequela neuropsiquiátrica grave dessa condição.

Vários estudos demonstram a eficácia da psicoterapia, da orientação psicológica e da psicoeducação para depressão em usuários com diabetes. Na população infantil e adolescente com diabetes, há evidências de que a intervenção psicológica é positiva para o controle dos níveis glicêmicos. Já em usuários adultos, a psicoterapia em grupo mostra-se não só capaz de reduzir o estresse relacionado ao diabetes e o sentimento de vergonha, mas também de melhorar a forma como o usuário lida com a doença e de auxiliar na manutenção glicêmica adequada naqueles com diabetes tipo 1 e 2.

9.2.2 Doenças da Tireóide

A presença de hipotireoidismo está associada a um maior risco de depressão que o observado na população geral, sendo que a prevalência de depressão no hipotireoidismo varia de 33 a 43%. Na doença de Graves, a prevalência de depressão chega a 23%, sendo 14% na fase prodrômica.

Transtornos depressivos são aproximadamente duas vezes mais frequentes em usuários com hipotireoidismo do que na população geral, tanto o hipotireoidismo clínico como o subclínico. O quadro clínico costuma cursar com lentificação e apatia.

Embora raro alguns usuários com hipotireoidismo possam apresentar sintomas psicóticos, que podem estar associados a uma apresentação mais grave com hipotermia, desorientação e alterações vasculares e neurológicas.

O aumento da função tireoidiana se associa a tremores, pele quente, taquicardia, nervosismo, fala rápida e hiperatividade. De relevância para a equipe de saúde é a superposição

dessas manifestações aos sintomas de um transtorno ansioso. Na crise tireotóxica pode-se ter confusão mental e *delirium*.

A disfunção da glândula paratireóide resulta na regulação anormal do metabolismo de cálcio. A secreção excessiva de hormônio dessa glândula causa hipercalcemia, que pode resultar em *delirium*, mudanças na personalidade e apatia em 50 a 60% das pessoas e prejuízos cognitivos em aproximadamente 25% delas. A excitabilidade neuromuscular, que depende da concentração adequada de íons de cálcio, é reduzida, e pode surgir fraqueza muscular.

A hipocalcemia pode ocorrer com distúrbios da paratireoide, podendo ocasionar sintomas neuropsiquiátricos de *delirium* e mudanças na personalidade. Se o nível de cálcio se reduzir de forma gradativa, o clínico pode testemunhar os sintomas psiquiátricos sem o tétano característico de hipocalcemia. Outros sintomas de hipocalcemia são formação de catarata, convulsões, sintomas extrapiramidais e aumento da pressão intracraniana.

Além da correção da função tireoidiana, a abordagem da depressão associada com o hipotireoidismo envolve o uso de antidepressivos. Os ISRS se mostraram seguros em um estudo prospectivo que avaliou os efeitos da fluoxetina na função e na autoimunidade tireoidianas em usuários com depressão e hipotireoidismo em comparação com indivíduos com depressão e função tireoidiana normal.

Na **Doença de Addison**, a produção deficiente de adrenocorticoesteróides pela glândula adrenal é a causa primária da doença, e é com frequência, **acompanhada de sintomas psiquiátricos como fadiga, apatia, labilidade emocional, e depressão em estágios iniciais da doença**. Comprometimento da memória e atenção são bastante comuns e podem ser observados em até 80% dos casos. A avaliação clínica desses usuários revela mal estado geral, desidratação, hipotensão arterial e má circulação periférica. O tratamento desses usuários consiste de administração exógena de cortisona.

A **Síndrome de Cushing** resulta da produção excessiva de glucocorticóides pela glândula adrenal, que se torna hipertrófica devido à produção excessiva de ACTH (hormônio adrenocorticotrófico) pela hipófise. **Transtornos do humor são extremamente comuns entre esses usuários**. Depressão parece resultar da produção excessiva de ACTH, enquanto sintomas eufóricos estão mais intimamente associados à presença de grande quantidade de glucocorticóides (comuns em usuários recebendo tratamento exógeno com corticóides). **A depressão é, sem dúvida, o transtorno mental mais frequente entre os portadores da síndrome**, sendo que personalidade pré-morbida e eventos vitais parecem servir como fatores predisponentes para o desenvolvimento dos sintomas. Quadros de depressão psicótica grave podem ocorrer ocasionalmente, mas os sintomas melhoram sensivelmente quando a doença de base é controlada clinicamente. Quadros psicóticos francos e comportamento violento também podem ocorrer. O usuário com Síndrome de *Cushing* apresenta alterações físicas típicas: fâcies arredondada e rosada, hirsutismo, obesidade e saliência interescapular. Hiperglicemia, hipertensão e sinais neurológicos, por exemplo o desequilíbrio, são frequentes.

9.3 Cardiologia

Usuários com morbidades cardíacas apresentam taxas significativamente maiores de depressão do que a população geral. Até 65% dos usuários após um infarto agudo do miocárdio (IAM) apresentam sintomas depressivos, 3 e 15 a 23% manifestam episódio depressivo maior (EDM) após síndromes coronárias agudas. O sucesso do tratamento antidepressivo nessa população tem grande importância para a evolução clínica do usuário. A depressão em usuários com doença coronariana pode aumentar a morbidade e a mortalidade. A depressão pode piorar o prognóstico por diminuir a adesão ao tratamento clínico, por aumentar os fatores de risco (sedentarismo, interrupção do tabagismo) e por constituir um fator de risco independente para gravidade da doença coronariana.

Quanto aos transtornos de ansiedade, usuários com transtorno de pânico, devido à semelhança de sintomas com o IAM, frequentemente recorrem a serviços de atendimento clínico. Diante de um diagnóstico de IAM ou angina, o clínico/cardiologista deve afastar também a presença do transtorno de pânico, pois este pode ser até **quatro vezes mais prevalente em usuários com doenças das coronárias do que na população geral.**

Vários medicamentos utilizados em cardiologia têm sido associados à ocorrência de depressão e ansiedade (Quadro 12). Embora tenham sido incluídos os betabloqueadores como potencialmente associados à depressão, estudos mais recentes têm mostrado que essa associação é muito pequena, embora não possa ser descartada.

Quadro 12 – Medicamentos e efeitos colaterais

MEDICAMENTOS	EFEITOS COLATERAIS
Doenças Cardiovasculares	
Bloqueadores alfa-adrenérgicos (p.ex., prazosina, doxazosina)	Depressão, disfunção sexual
Amiodarona	Alterações do humor por disfunção da tireoide
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (p.ex., captopril, enalapril)	Elevação do humor ou depressão (raro)
Agentes antiarrítmicos (p.ex., verapamil, adenosina)	Alucinações, confusão e <i>delirium</i>
Bloqueadores beta-adrenérgicos (p. ex., atenolol, propranolol)	Fadiga e disfunção sexual
Digoxina	Alucinações visuais, <i>delirium</i> , depressão
Diuréticos (p. ex., hidroclorotiazida, furosemida)	Anorexia, fraqueza e apatia secundárias a distúrbio eletrolítico
Doenças Respiratórias	
Atropina	Paranoia, alucinações visuais e táteis, perda de memória, <i>delirium</i> e agitação

Beta-agonistas (p. ex., salmeterol, salbutamol)	Tremores, ansiedade, insônia e palpitações
Aminofilina e teofilina	Ansiedade, insônia, tremores, inquietação, abstinência, hiperatividade, psicose, <i>delirium</i> e mutismo
Corticosteroides inalados	Incomum
Corticosteroides orais (p.ex., prednisona, dexametasona)	Depressão, mania, labilidade, ansiedade, insônia, psicose, alucinação, paranoia, mudanças na personalidade
Inibidor de leucotrienos (montelucaste)	Fadiga, astenia, ideação suicida
Alfa e beta-agonistas mistos (p. ex., epinefrina, fenilefrina, fenilpropanilamina)	Ansiedade, tremor, psicose, alucinações, insônia, inquietação, depressão e agressividade
Modafilina	Ansiedade e depressão

Fonte: Botega, 2012

Diante de usuários com comorbidades cardíacas, a escolha de um antidepressivo deve ser criteriosa, uma vez que as diferenças entre os antidepressivos podem ser cruciais na segurança do tratamento nessa população. Alguns aspectos a serem considerados do ponto de vista clínico são alterações no intervalo QTc, bloqueios, arritmias e alteração na pressão arterial.

Vários ensaios clínicos já demonstraram a eficácia e segurança dos antidepressivos inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRSs), como a fluoxetina para tratar a depressão em usuários com doença das coronárias, pós-IM e insuficiência cardíaca.

Os ISRSs reduzem a agregação plaquetária, o que pode favorecer sangramentos, especialmente gastrintestinais. Tal risco aumenta em usuários que fazem uso de anticoagulantes, ácido acetilsalicílico (AAS) e anti-inflamatórios não esteróides. **A introdução de antidepressivos deve ser cautelosa naqueles que usam anticoagulantes, não só devido à diminuição da agregação plaquetária, mas também devido à interação de metabolização entre antidepressivos e anticoagulantes.**

Os benzodiazepínicos (BZDs) são uma opção segura e eficaz para o controle rápido de sintomas ansiosos. Não têm efeitos sobre o intervalo QT e apresentam evidências de redução do tônus simpático, diminuição dos níveis de catecolaminas, redução da resistência vascular coronariana, inibição da agregação plaquetária, aumento do limiar de fibrilação ventricular e menores taxas de reinfarto. Já suas principais limitações são a sedação excessiva, com risco de depressão respiratória em doses demasiadas, especialmente por via intravenosa e/ou em associação com outras substâncias depressoras do SNC, e a dependência quando usados em longo prazo.

9.4 Pneumologia

9.4.1 Asma Brônquica

A asma é uma patologia de origem inflamatória que acomete as vias aéreas gerando hiperresponsividade brônquica com obstrução reversível do fluxo de ar. Apresenta prevalência de 5 a 10%, acomete em especial crianças e adultos jovens e se associa a outros quadros alérgicos. Caracteriza-se por crises de dispneia, com aperto no peito, tosse e sibilância.

Os usuários asmáticos apresentam maior prevalência de transtornos ansiosos, com risco 5,5 vezes maior de desenvolver transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e risco 2,6 vezes maior de desenvolver transtorno do pânico (TP).

A crise de asma mimetiza um ataque de pânico, com falta de ar, dor torácica e sensação de desmaio, e muitas vezes, na emergência, é difícil diferenciar uma crise da outra.

Muitos indivíduos têm predomínio de sintomas respiratórios no ataque de pânico, em detrimento aos sintomas autonômicos. Tais usuários podem ser hiperpercebedores da gravidade do quadro asmático, levando ao uso de mais broncodilatadores e corticóides do que seria necessário apenas pelo parâmetro de gravidade orgânico.

Por outro lado, 40% dos usuários com diagnóstico de TP apresentam antecedente de asma ou de bronquite. Observa-se, inclusive, um paralelo de gravidade entre as duas patologias: indivíduos com crise de pânico mais intensa apresentam pior desempenho nas provas de função pulmonar.

A hiperventilação encontrada na asma reduz a pressão parcial de dióxido de carbono (pCO_2), gerando uma alcalose respiratória. Isso pode deflagrar um ataque de pânico via conexões na amígdala e no sistema límbico, comprovando a teoria de um substrato comum para ambas as condições.

O uso de BZD deve ser evitado, por causa do risco de depressão respiratória.

9.4.2 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se pela obstrução crônica das vias aéreas por causa de uma resposta inflamatória anormal provocada pela inalação de partículas e de gases tóxicos, presentes, especialmente, no cigarro. A prevalência aumenta com a faixa etária, sendo de 10% em usuários acima dos 75 anos.

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais frequente na DPOC, com prevalência de 4 a 5 vezes maior do que na população geral, e está relacionada à pior adesão ao tratamento, ao maior número de internações e à pior qualidade de vida e de desempenho funcional.

É possível que a hipoxemia crônica observada na DPOC gere uma redução na produção de noradrenalina e dopamina, que está associada à depressão. O comprometimento de vida, o isolamento e a diminuição de atividades presentes no cotidiano do usuário com DPOC também contribuem para a presença do transtorno depressivo.

O tratamento da DPOC deve ser feito com o uso de antidepressivos e psicoterapia, evitando-se o uso de BZDs, como na asma, por causa da redução do limiar respiratório.

9.5 Reumatologia

As doenças reumatológicas, em regra compartilham certas características centrais, como caráter autoimune, curso crônico, associação à dor e limitações às atividades. De acordo com a literatura, portadores de doenças crônicas têm um risco dobrado de apresentar depressão em um ano, esse número é ainda maior entre portadores de doenças reumáticas.

9.5.1 Artrite Reumatóide

A artrite reumatóide é uma doença autoimune que envolve articulações periféricas de modo simétrico, com inflamação da membrana sinovial e posterior erosão da cartilagem e do osso, gerando as deformidades características da doença.

A artrite reumatóide afeta mais mulheres, na proporção de 3:1, e evolui com incapacidade para realização de tarefas do dia a dia. **A associação entre dor e sintomas depressivos gera muito sofrimento ao usuário e desencadeia o surgimento ou a exacerbação de transtornos do sono, fadiga e maior atividade da doença.**

O transtorno depressivo é encontrado em cerca de 20 a 25% dos usuários com artrite reumatóide, ocorrendo com maior frequência em usuários mais jovens. O fato de ser uma doença autoimune, com potencial comprometimento do SNC (vasculite), contribui para essa maior prevalência.

A diminuição de 10% de atividades de lazer resultou em um aumento de sete vezes no risco para desenvolver depressão no ano seguinte, o que indica que a limitação funcional e a atividade da doença estão na base do surgimento da depressão nesses usuários.

O tratamento deve incluir o uso de antidepressivos, em especial aqueles que auxiliam na modulação dos sintomas dolorosos, como a **amitriptilina, além de abordagens psicoterápicas e de manejo de dor**, que contribuem para que o usuário retome suas atividades.

9.5.2 Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune que envolve a inflamação de múltiplos sistemas de órgãos. O diagnóstico oficialmente aceito de LES exige que o usuário satisfaça 4 dos 11 critérios que foram definidos pela *American Rheumatism Association*. Entre 5 e 50% dos indivíduos com LES apresentam sintomas mentais na apresentação inicial e cerca de 50% acabam mostrando manifestações neuropsiquiátricas.

Os sintomas principais são depressão, insônia, labilidade emocional, nervosismo e confusão. O tratamento com esteróides normalmente induz mais complicações psiquiátricas, incluindo mania e psicose.

Existem 19 síndromes neuropsiquiátricas principais no LES, incluindo a ocorrência de *delirium*, transtorno de ansiedade, déficit cognitivo, transtornos do humor e psicose. **Os quadros de humor, as psicoses e o déficit cognitivo são os responsáveis pelos sintomas psiquiátricos relacionados ao lúpus de maior impacto na prática clínica**, podendo se apresentar como a primeira manifestação do LES, como manifestação ao longo da evolução da doença ou secundários ao uso de imunomoduladores (em especial os corticoides). Quadros comórbidos primários, em particular a depressão, estão presentes com frequência. **As síndromes neuropsiquiátricas parecem estar associadas a lesões da substância branca**. Há, ainda, evidências de que, cronicamente, o LES **está associado a um maior risco de evolução para quadros de demência**.

Geralmente, nos casos de transtornos psiquiátricos secundários ao LES, ocorre boa resposta ao uso de imunomoduladores, em especial corticoides e medicamentos sintomáticos, como doses baixas de antidepressivos, para quadros depressivos e ansiosos, ou antipsicóticos, para psicoses. Para quadros de sintomas neuropsiquiátricos relacionados ao uso de imunomoduladores, o manejo envolve redução e eventual suspensão do medicamento clínico, além do uso de psicotrópicos, conforme a indicação específica. A psicoterapia está indicada para o manejo de depressão e ansiedade.

9.5.3 Fibromialgia

A fibromialgia é caracterizada por dor e rigidez dos tecidos moles, como músculos, ligamentos e tendões. As áreas locais de sensibilidade são conhecidas como “pontos de ativação”. As áreas cervical e torácica são as mais afetadas, mas a dor pode se localizar nos braços, nos ombros, na região lombar ou nas pernas.

Além do quadro doloroso, estes usuários costumam se queixar de fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema e distúrbios cognitivos. É frequente a associação a outras comorbidades, que contribuem com o sofrimento e a piora da qualidade de vida destes usuários. Dentre as comorbidades mais frequentes podemos citar a depressão, a ansiedade, a síndrome da fadiga crônica, a síndrome miofascial, a síndrome do cólon irritável e a síndrome uretral inespecífica.

Há uma sobreposição significativa de comorbidades entre usuários com fibromialgia e transtornos psiquiátricos, como depressão, pânico e ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A fibromialgia costuma estar presente na síndrome de fadiga crônica e nos transtornos depressivos. **O início da comorbidade psiquiátrica costuma ocorrer mais de um ano antes do início da fibromialgia**.

A fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes - em um estudo realizado no Brasil, em Montes Claros, a fibromialgia foi a segunda doença reumatológica mais frequente, após a osteoartrite. Neste estudo, observou-se prevalência de 2,5% na população, sendo a maioria do sexo feminino, das quais 40,8% se encontravam entre 35 e 44 anos de idade

Há também comorbidade relevante entre usuários com fibromialgia e problemas reumatológicos, como artrite reumatóide, lúpus sistêmico e outros. Contudo, a sintomatologia da

fibromialgia não se correlaciona bem com atividade de doença das condições clínicas associadas quando tais doenças estão presentes.

Embora seja uma doença reconhecida há muito tempo, a fibromialgia tem sido seriamente pesquisada somente há três décadas, pouco ainda é conhecido sobre sua etiologia e patogênese.

Até o momento, não existem tratamentos que sejam considerados muito eficazes.

9.5.3.1 Avaliação e Diagnóstico

O diagnóstico de fibromialgia é feito após a exclusão de doença reumática ou hipotireoidismo. De acordo com os critérios de 2010 do *American College of Rheumatology*, os usuários devem ter dor espalhada, por pelo menos três meses, em pontos frágeis predefinidos quando da apalpação. Os sintomas dessa doença são quase sempre mais amplos do que apenas dor e incluem reclamações de fadiga, fraqueza muscular, perturbação do sono e debilidade de certos domínios cognitivos, como a concentração.

Quadro 13 – Critérios diagnósticos de fibromialgia do *American College of Rheumatology*

O usuário satisfaz os critérios diagnósticos para fibromialgia se as três condições seguintes forem cumpridas			
1 – Índice de dor generalizada (WPI) ≥ 7 e escala de gravidade dos sintomas (SS) ≥ 5 ou WPI 3-6 e escala SS ≥ 9 .			
2 – Os sintomas têm estado presentes em níveis semelhantes há pelo menos três meses.			
3 – O usuário não apresenta outro problema que possa explicar a dor.			
Determinação			
1. WPI: note as áreas em que sentiu dor na última semana. Em quantas áreas sentiu dor? A pontuação varia de 0 a 19.			
Ombro, esquerdo	Quadril (nádega, tronco), esquerdo	Mandíbula, esquerda	Costas, superior
Ombro, direito	Quadril (nádega, tronco), direito	Mandíbula, direita	Costas, inferior
Braço superior, esquerdo	Perna superior, esquerda	Tórax	Pescoço
Braço superior, direito	Perna superior, direito	Abdome	
Antebraço, esquerdo	Perna inferior, esquerda		
Antebraço, direito	Perna inferior, direita		
2. Escala SS			
Fadiga			
Acorda sem descanso			
Sintomas cognitivos			
Para cada um dos três sintomas anteriores, indique o nível de gravidade na última semana usando a escala a seguir:			
0 = sem problema			
1 = poucos sintomas			

2 = problemas moderados, consideráveis, frequentemente presentes e/ou em nível moderado
3 = grave: problemas constantes, contínuos, com consequências para a qualidade de vida
Considerando os sintomas somáticos em geral, indique se o usuário apresenta*:
0 = nenhum sintoma
1 = poucos sintomas
2 = número moderado de sintomas
3 = grande quantidade de sintomas
A pontuação na escala SS é a soma da gravidade dos três sintomas (fadiga, acordar sem descanso, sintomas cognitivos) mais a extensão (gravidade) dos sintomas somáticos em geral. A pontuação final varia de 0 a 12.
Sintomas somáticos que podem ser considerados: dor muscular, síndrome do intestino irritável, fadiga, cansaço, pensar no problema ou lembrar-se dele, fraqueza muscular, dor de cabeça, dores/caibras no abdome, dormência/formigamento, tontura, insônia, depressão, constipação, dor no abdome superior, náusea, nervosismo, dor no peito, visão embaçada, febre, diarreia, boca seca, coceira, respiração ofegante, fenômeno de Raynaud, urticária/coceira, zumbido nos ouvidos, vômitos, azia, úlceras orais, perda/mudança de gosto, convulsões, olhos secos, perda de fôlego, perda de apetite, erupção, sensibilidade ao sol, dificuldades de audição, facilidade de gerar hematomas, perda de cabelo, urinação frequente, urinação dolorosa e espasmos da bexiga. (Extraída de Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles M.A., Goldenberg, D. L., Katz, R.S., Mease P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J.B., Yunus, M.B. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. <i>Arthritis Care Res.</i> 2010;62(5):607, com permissão.)

Fonte: Wolfe, 2010.

9.5.3.2 Diagnóstico Diferencial

- **Outros transtornos psiquiátricos:** Pânico, TOC, TEPT, fobias, depressão, transtorno de humor fase maníaca, início de surto psicótico, transtornos de personalidade;
- **Doenças neurológicas:** Doença cerebrovascular, epilepsia, doença de Huntington, doença de Ménière, enxaqueca, esclerose múltipla, acidente vascular isquêmico, transitório, tumor, doença de Wilson, demências;
- **Doenças endócrinas:** Doença de Addison, síndrome carcinoide, síndrome de *Cushing*, diabetes, hipertireoidismo, hipoglicemia, hipoparatiroidismo, distúrbios da menopausa, feocromocitoma, síndrome pré-menstrual;
- **Intoxicações por drogas:** Anfetamina, nitrito de amilo, anticolinérgicos, cocaína, alucinógenos, maconha, nicotina, teofilina, antidepressivos (ISRS);
- **Abstinência de drogas:** Álcool, anti-hipertensivos, opiáceos e opioides, sedativo-hipnóticos
- **Outras condições:** Dor crônica, Anafilaxia, Deficiência de B12, Desequilíbrios eletrolíticos, Intoxicação por metais pesados, Infecções sistêmicas, Lúpus eritematoso sistêmico, Arterite temporal, Uremia;
- **A síndrome das pernas inquietas (SPI):** é uma disestesia, na qual o usuário tem sensações desagradáveis e inquietantes, geralmente na panturrilha, que são aliviadas pela movimentação das pernas. Caracteristicamente ocorre quando o usuário se deita para dormir, interferindo no adormecer (a queixa frequente é insônia inicial). Assim sendo, não

pode ser encarada como um transtorno verdadeiro do sono, já que seus sintomas aparecem na vigília. O diagnóstico é clínico.

9.5.3.3 Tratamento

Intervenções e Estratégias não Medicamentosas: A dor crônica é um estado de saúde persistente que modifica a vida, o objetivo do seu tratamento é o controle e não sua eliminação. Os usuários com fibromialgia devem ser orientados a realizarem exercícios musculoesqueléticos pelo menos duas vezes por semana. Programas individualizados de exercícios aeróbicos podem ser benéficos para alguns usuários

O programa de exercícios deve ter início em um nível logo abaixo da capacidade aeróbica do usuário e progredir em frequência, duração ou intensidade assim que seu nível de condicionamento e força aumentar. A progressão dos exercícios deve ser lenta e gradual e se deve, sempre, encorajar os usuários a dar continuidade para manter os ganhos induzidos pelos exercícios. Programas individualizados de alongamento ou de fortalecimento muscular também podem ser benéficos.

Outras terapias, como reabilitação e fisioterapia ou relaxamento, podem ser utilizadas no tratamento da fibromialgia, dependendo das necessidades de cada usuário. A psicoterapia também pode ser utilizada no tratamento da fibromialgia.

Tratamento Medicamentoso: Dentre os compostos tricíclicos, a amitriptilina, e os relaxantes musculares reduzem a dor e frequentemente melhoram a capacidade funcional.

Entre os inibidores seletivos de recaptção da serotonina, houve consenso de que a fluoxetina em altas doses (acima de 40 mg) também reduz a dor e frequentemente melhora a capacidade funcional em combinação com tricíclicos. Dentre os neuromoduladores, a gabapentina pode ser recomendada.

Os anti-inflamatórios não esteróides não devem ser utilizados como medicação de primeira linha. **Os corticosteroides não devem ser empregados em casos de fibromialgia devido a sua pouca eficácia e riscos aos efeitos colaterais.**

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

9.6 Infectologia

9.6.1 Sífilis

A neurosífilis (também denominada paresia geral) surge 10 a 15 anos após a infecção primária por *Treponema*. Com o advento da penicilina, a neurosífilis tornou-se um transtorno raro, embora a AIDS esteja associada com a reintrodução da neurosífilis à prática médica em alguns

centros urbanos. É também importante ressaltar que a partir do ano de 2013 os casos de neurosífilis aumentaram no Brasil, devido à epidemia de sífilis.

Essa doença geralmente afeta os lobos frontais e resulta em alterações na personalidade, baixo discernimento, irritabilidade e redução dos cuidados consigo mesmo. Delírios de grandeza estão presentes em 10 a 20% dos usuários afetados.

Os primeiros sintomas incluem perda gradual de memória, diminuição da capacidade intelectual e alterações da personalidade e do comportamento. O desenvolvimento de manifestações psicóticas pode levar ao internamento destes doentes em hospitais psiquiátricos.

A doença avança com o desenvolvimento de demência e tremor até que o indivíduo fique paralisado. Os sintomas neurológicos incluem pupilas de Argyll-Robertson, que são pequenas, irregulares, desiguais e sem reflexo fotomotor, tremor, disartria e hiperreflexia. O exame do líquido cefalorraquidiano exibe linfocitose, aumento de proteína e resultado positivo no teste de VDRL (Laboratório de Pesquisa para Doenças Venéreas).

Caso não seja tratada, a paralisia geral evolui para apatia, hipotonia, deterioração física e demência, levando à morte em 4 a 5 anos. O tratamento interrompe a progressão, mas raramente ocorre recuperação das funções neurológicas e cognitivas perdidas.

O tratamento indicado da neurosífilis consiste na administração de 18-24 milhões U por dia de penicilina G aquosa cristalizada, por via endovenosa, fracionada em doses de 3-4 milhões U de 4 em 4 horas, durante 10 a 14 dias.

No caso de alergia à penicilina, poderá utilizar ceftriaxona na dose de 2g por dia, por via endovenosa ou intramuscular, durante 10 a 14 dias. Existem, no entanto, poucos estudos controlados que demonstrem a eficácia do tratamento alternativo com ceftriaxona, pelo que só deverá ser usado se a história de alergia à penicilina for consistente, podendo, no entanto, ocorrer reação cruzada entre os dois antibióticos. Em mulheres grávidas com neurosífilis que referem alergia à penicilina, deverá ser feita dessensibilização previamente à administração de penicilina.

9.6.2 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

Estima-se que a depressão ocorra em 53% dos usuários com infecção por HIV/aids sem manejo psiquiátrico adequado. **No âmbito psiquiátrico ambulatorial, a prevalência de transtorno de adaptação varia de 29 a 69%, sendo mais alta que na população geral, tendo destaque os sintomas ansiosos.** Já no âmbito hospitalar, o delirium é a complicação neuropsiquiátrica mais frequente entre os usuários com HIV/aids.

A abordagem farmacológica nesses usuários deve seguir alguns princípios básicos:

- Iniciar psicotrópicos em dose baixa e realizar aumentos graduais conforme a tolerabilidade;
- Dar preferência a esquemas com posologia mais simples possíveis;
- Dar preferência a medicamentos com o menor número possível de interações medicamentosas e efeitos adversos;
- Manter contato com os demais profissionais da saúde que dão suporte ao usuário.

Os ISRSs parecem mais tolerados do que os ADTs e possuem um menor perfil de risco de interação medicamentosa com os antirretrovirais.

A psicoterapia e a intervenção psicoeducacional podem aumentar a adesão aos agentes antirretrovirais, assim como reduzir os sintomas depressivos.

Diante de um quadro maniforme (agitação psicomotora, euforia, ansiedade, insônia, etc.) em usuário com infecção por HIV/aids, deve-se considerar que esse pode não ser apenas a manifestação do transtorno bipolar, mas sim decorrente de efeitos adversos de medicamentos ou condições relacionadas à aids. De modo geral, quadros de mania secundários à infecção por HIV/aids tendem a ocorrer nas fases mais tardias da infecção.

Vale ressaltar que quadros clínicos com déficit cognitivo associado à infecção por HIV podem apresentar períodos de irritabilidade e hipomania. A abordagem farmacológica de sintomas maníacos inclui antipsicóticos e/ou estabilizadores do humor, sendo que a interação com antirretrovirais deve ser sempre considerada.

Quadro 14 – Medicações antirretrovirais e interação com psicotrópicos

ANTIRRETROVIRAL	INTERAÇÃO COM PSICOTRÓPICOS
Efavirenz <ul style="list-style-type: none"> • Substrato da CYP3A4 • Principalmente indutor, mas também inibidor da CYP3A4 • Inibidor da CYP2C19 • Inibidor da CYP2D6 	Aumento no nível de: lorazepam, midazolam e pimizida Redução no nível de: bupropiona, carbamazepina e sertralina Carbamazepina reduz nível de efavirenz
Ritonavir <ul style="list-style-type: none"> • Substrato da CYP3A4 • Potente inibidor da CYP3A4 • Modesto indutor da CYP3A4 • Modesto inibidor da CYP2D6 • Inibidor da CYP2C9, da CYP2B6 e da CYP2C19 	Aumento no nível de: alprazolam, amitriptilina, buspirona, carbamazepina, clozapina, diazepam, fluocetina, haloperidol, imipramina, midazolam, nortriptilina, paroxetina, pimizida, quetiapina, risperidona, sertralina, trazodona, zolpidem Redução no nível de: ácido valproico, bupropiona, fenitoína, lamotrigina
Zidovudina	Ácido valproico aumenta o nível de zidovudina
Etravirine <ul style="list-style-type: none"> • Substrato da CYP3A4, da CYP2C9 e da CYP2C19 • Fraco indutor da CYP3A4 • Fraco inibidor da CYP2C9 e da CYP2C19 	Aumento no nível de diazepam Carbamazepina, fenitoína e fenobarbital reduzem o nível de etravirine

Fonte: Ricardo 2018, Adaptada de Taylor e colaboradores, 2015

9.6.3 Hepatite

A insuficiência hepática, por exemplo, está geralmente associada a história pregressa ou atual de alcoolismo, com sinais clínicos claramente sugestivos do diagnóstico: icterícia, telangectasias, hepato e esplenomegalia, “flapping” e odor hepático.

Em alguns casos, a primeira manifestação psiquiátrica da doença é um comportamento hipomaníaco, ainda que a maioria evolua para um quadro de *delirium* apático e, em casos não tratados, coma e óbito. Acredita-se que o excesso de amônia circulante seja responsável pelo desenvolvimento da encefalopatia hepática.

Cerca de 350 milhões de pessoas no mundo são portadoras do vírus da hepatite B, enquanto 170 milhões carregam o vírus da hepatite C. Apesar de ser mais prevalente, a hepatite B apresenta menor porcentagem de evolução para cronicidade (10% versus 60% na hepatite C). Ambas estão relacionadas à cirrose e ao carcinoma hepatocelular.

Em relação aos transtornos psiquiátricos associados, ambas apresentam maior prevalência de depressão. Acredita-se que o diagnóstico de hepatite e a falta de informações sobre a progressão da doença contribuam para o surgimento de uma reação de ajustamento que pode evoluir para um transtorno depressivo. Além disso, o vírus da hepatite C, ao contrário do vírus da hepatite B, é neurotrópico, podendo infectar macrófagos e células gliais, o que pode contribuir para o fato de a depressão ser mais frequente em usuários com hepatite C do que em portadores de hepatite B.

A infecção pelo vírus da Hepatite C (VHC) representa atualmente uma situação pandêmica, tendo sido estimado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que 3% da população mundial (aproximadamente 170 milhões de indivíduos).

De acordo com os dados mais recentes, a via mais comum de transmissão do HCV está relacionada com o uso de drogas por via endovenosa. A transmissão sexual não é um mecanismo comum, tendo-se encontrado uma prevalência estimada de apenas 1.5% nos parceiros sexuais de indivíduos com Hepatite C.

A progressão para Hepatite C crônica ocorre em 50 a 85% dos casos, com um curso insidioso e prolongado nos primeiros 20 anos. A hepatite moderada a grave desenvolve-se em 1/3 dos doentes 20 anos após a infecção, e a cirrose ocorre em 15 a 20% dos doentes com hepatite C crônica. Os fatores que promovem a progressão para hepatite crônica incluem o consumo de álcool, sexo masculino, idade superior a 40 anos na altura da infecção e forma histológica grave na altura do diagnóstico inicial. A co-infecção com VIH e/ou Hepatite B também constituem fatores de risco para doença hepática mais grave e precoce.

Para além destes problemas, os indivíduos infectados com VHC podem apresentar uma ampla gama de problemas de natureza neuropsiquiátrica, entre os quais fadiga crônica, ansiedade, depressão e déficits cognitivos.

Duas linhas distintas de evidência epidemiológica parecem sugerir a existência de uma associação entre a infecção por VHC e a ocorrência de depressão. Por um lado, os indivíduos com Hepatite C crônica têm uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas, incluindo depressão.

O tratamento de ambas as patologias é feito com o uso de interferon alfa em associação a outros antivirais e tem duração de 6 a 12 meses. Trinta por cento dos usuários que utilizam interferon desenvolvem sintomas depressivos, o que contraindica seu uso em usuários com transtornos mentais instáveis.

O interferon aumenta a secreção de interleucinas pró-inflamatórias IL-6 e IL-8 e ambos levam à indução de enzimas que degradam o triptofano, precursor da serotonina, reduzindo a quantidade dessa substância no organismo. Os sintomas depressivos costumam aparecer dentro das primeiras 12 semanas de tratamento, de forma rápida, e se relacionam à dose do interferon, ao tempo de tratamento e à presença de sintomas depressivos prévios. O interferon também pode induzir sintomas de mania ou hipomania.

Quando se relacionam sintomas depressivos com a hepatite C, devemos nos lembrar de que a principal via de contaminação é o uso de drogas endovenosas. **Entre os usuários de drogas, incluindo álcool, existe uma grande comorbidade com transtornos do humor.** A contaminação com vírus do HIV dar-nos-ia particularidades diferentes da população exposta ao risco, assim como das medicações necessárias para o seu tratamento, sem contar as infecções oportunistas às quais os portadores do vírus já estão expostos.

O tratamento da depressão em usuários com hepatites virais, tanto primárias quanto induzidas pelo interferon, deve ser feito com o uso de ISRS. Embora considerados seguros, sua associação com o interferon aumenta o risco de hemorragia gastrointestinal, retiniana e disfunção plaquetária, devendo ser usados com cautela.

O uso de antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoamino-oxidase (IMAO) não é indicado, por causa dos efeitos colaterais e do risco de interação medicamentosa. O uso de benzodiazepínicos deve ser evitado, em razão do potencial de sonolência, associado a sua metabolização errática em usuários hepatopatas.

Os usuários podem evoluir com rebaixamento do nível de consciência. Assim, quando houver necessidade da prescrição deles, deve-se dar preferência aos de curta meia-vida e que possuem menor número de passagens hepáticas.

Entre os estabilizadores do humor, o lítio, e também a carbamazepina, parecem ser opções seguras, e as duas últimas, pelo potencial de alterações hepáticas menores, devem ser monitoradas de perto. Os sais derivados do ácido valproico estão associados a um grande número de relatos de hepatotoxicidade (acima de 1/10.000 usuários), especialmente em usuários pediátricos.

Trata-se de um problema complexo, mas não é por isso que não poderá ser tentado um atendimento conjunto para o benefício de todos os usuários. Na literatura mais recente, são comuns os relatos de tratamentos simultâneos da citocina com antidepressivo, obtendo-se bons resultados.

9.7 Neurologia

A interface entre os transtornos psiquiátricos e os quadros neurológicos é, além de bem documentada, muitas vezes intuitiva, sendo que, a partir do momento em que os transtornos psiquiátricos deixaram de ser encarados como problemas dos humores, a associação entre lesões neurológicas e alterações comportamentais passou a ser amplamente reconhecida.

9.7.1 Traumatismos

Um dos modelos iniciais é o de lesão traumática, como no caso de Phineas Gage, trabalhador de rodovias que sofreu uma lesão nos lobos frontais em meados do século XIX. O padrão e a gravidade da lesão podem estar associados a diferentes alterações comportamentais e cognitivas, que podem estar presentes a partir de seis meses após a lesão (em especial depressão, mas também êxito suicida, ansiedade em geral e TEPT ou, excepcionalmente, em períodos superiores a um ano (no caso de psicoses e transtornos mentais relacionados ao álcool e outras substâncias).

As principais alterações comportamentais relacionadas a lesão traumática cerebral são: **depressão, TEPT, agressividade e psicose, sendo ainda relatados quadros maniformes. Há, também, associação entre maior risco de êxito em suicídio e antecedente de lesão traumática cerebral.**

O manejo dos quadros relacionados à lesão traumática cerebral é sintomático, mas muitas vezes, é central para melhorar a adesão ao tratamento global, bem como para melhorar a qualidade de vida do usuário. Antidepressivos devem ser usados para o manejo de quadros depressivos e ansiosos devido à extrapolação de sua eficácia no manejo de transtornos psiquiátricos primários.

Carbamazepina e ácido Valproico são recomendados como primeira linha de tratamento em portadores de lesão traumática cerebral para o manejo de agitação, agressividade, raiva e irritabilidade, em especial na presença de oscilação do humor.

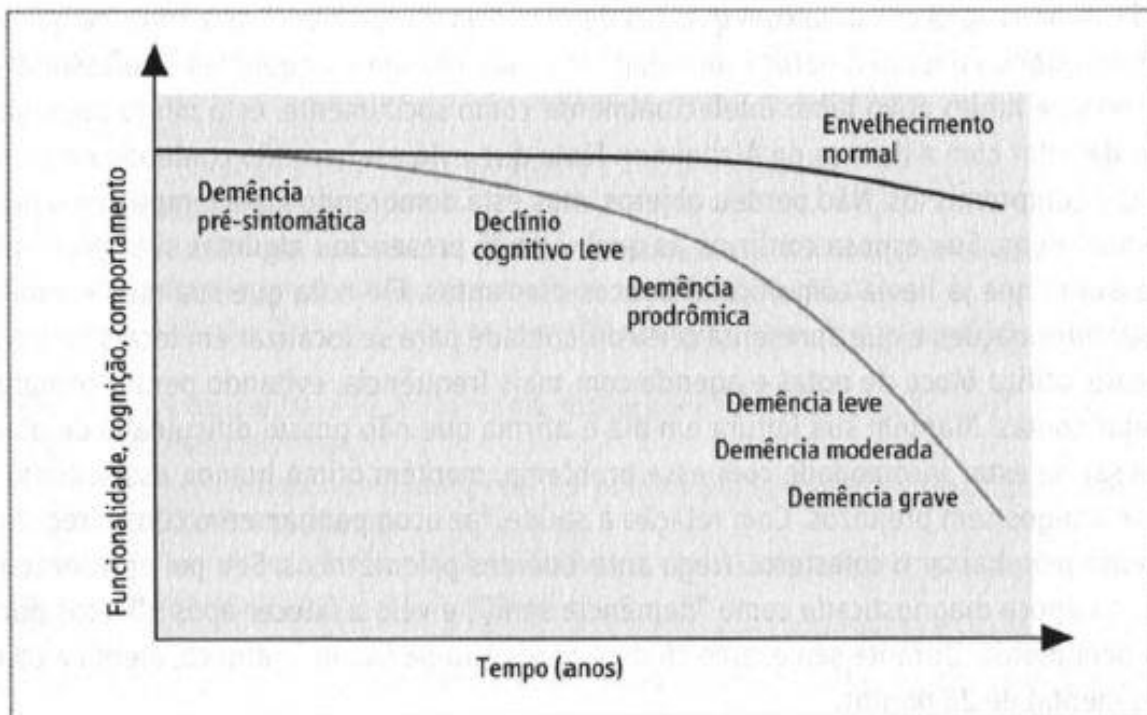
O uso de neurolépticos apresenta eficácia questionável para o manejo preventivo de quadros de agitação, agressividade ou irritabilidade, mas há evidência para o manejo de quadros agudos. O uso de BZDs deve ser realizado com cuidado, em especial pelo potencial de efeitos paradoxais e risco de sedação excessiva.

9.7.2 Declínio Cognitivo e Demência

Um problema bastante frequente no tratamento de usuários idosos é a presença de algum grau de declínio cognitivo, presente em até 10% da população acima de 60 anos. **O declínio cognitivo encontra-se entre o envelhecimento normal e a demência e se caracteriza por prejuízo de memória maior do que o esperado para a idade, enquanto a demência apresenta um prejuízo cognitivo progressivo em múltiplos domínios e declínio das funções executivas.**

As causas podem ser divididas em degenerativas, vasculares, metabólicas, tóxicas, inflamatórias/ transmissíveis, neoplásicas e mecânicas. As quatro causas mais frequentes de demência são doença de Alzheimer, demência dos corpúsculos de Lewy (DCL), demência fronto temporal (DFT) e demência vascular.

Figura 04 – História natural da síndrome demencial comparada ao envelhecimento normal



História natural da síndrome demencial comparada ao envelhecimento normal.

Fonte: Forlenza, 2012.

9.7.2.1 Avaliação e Diagnóstico

Critérios Diagnósticos DSM-5 e CID-10

A. Evidências de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem, memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social), com base em:

- Preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que há declínio significativo na função cognitiva; e
- Prejuízo substancial no desempenho cognitivo, de preferência documentado por teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, por outra investigação clínica quantificada.

B. Os déficits cognitivos interferem na independência em atividades da vida diária (i.e., no mínimo, necessita de assistência em atividades instrumentais complexas da vida diária, tais como pagamento de contas ou controle medicamentoso).

C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de *delirium*;

D. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, esquizofrenia).

Sintomas psicológicos e comportamentais comuns entre usuários com demência:

Delírios

- Relação inconsistente com a gravidade do quadro demencial;

- Presentes em 10 a 50% dos usuários em estudos transversais;
- Inversamente correlacionados a atrofia cortical e deficiência de perfusão cortical.

Alucinações

- Encontradas em 7 a 25% dos usuários em estudos transversais.;
- Não se correlacionam bem como grau de gravidade da demência;
- Frequentemente associadas a *delirium* ou déficit sensorial.

Depressão

- Sintomas presentes em 40 a 50% dos usuários, mas raramente satisfazem critérios para episódio depressivo maior;
- Em geral, está presente em usuários com menos comprometimento cognitivo;
- História pregressa de depressão pode estar associada a progressão mais lenta da doença.

Mania/euforia

- Relativamente incomuns (3 a 10%);
- A presença dos sintomas não está associada a declínio cognitivo.;
- Especula-se sobre possível associação com atrofia frontal.

Alterações da personalidade

- Ocorrem na maioria dos usuários com a progressão da doença;
- Casos mais avançados: menor entusiasmo, energia, maturidade e cuidado; maior impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade e apatia;
- Essas mudanças podem indicar o envolvimento de diversas estruturas cerebrais, incluindo os cortices parietal, temporal e frontal.

Alterações neurovegetativas

- 40 a 70% dos usuários apresentam transtornos do sono;
- 30 a 60% apresentam alteração do comportamento alimentar.;
- 30 a 50% modificam o comportamento sexual habitual.;
- Sintomas da síndrome de Kluver-Bucy estão presentes em até 70% dos usuários e parecem indicar o envolvimento preferencial de estruturas dos lobos temporais e frontais.

Frente a esse quadro, as causas reversíveis de declínio cognitivo devem ser pesquisadas, como hipotireoidismo, déficit de vitamina B12 e ácido fólico, hidrocefalia de pressão normal e encefalites.

A Avaliação Multidimensional do Idoso permite o reconhecimento das demandas biopsicossociais do indivíduo, ou seja, o diagnóstico de suas condições de saúde agudas e/ou crônicas. Este diagnóstico clínico-funcional deve ser capaz de reconhecer as incapacidades, tanto no que se refere à independência e autonomia nas atividades de vida diária (funcionalidade global), quanto à presença de comprometimento dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação. A multidimensionalidade da saúde no idoso deve estar presente em toda avaliação, independente de quem a faça.

Toda a avaliação do idoso tem como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, através AVD básicas, instrumentais e avançadas. O principal sintoma a ser investigado é a presença

de declínio funcional. **As AVD básicas são investigadas pelo Índice de Katz, enquanto as AVD instrumentais pelas escalas de Lawton-Brody.**

A avaliação das AVD é a primeira fase da avaliação cognitiva. As funções cognitivas necessárias para o desempenho apropriado das tarefas do cotidiano são as mesmas que são avaliadas nos testes neuropsicológicos. Existem diversos testes para a avaliação cognitiva, mas recomenda-se que a triagem seja feita utilizando-se testes mais simples, rápidos e de fácil aplicação, como o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), quadro 09, Escala de Katz – Atividades de Vida Diária (AVD) (quadro 07) e Escala de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (quadro 08).

O declínio funcional nos idosos geralmente segue uma hierarquia, iniciando-se pelas AVD mais complexas (avançadas e instrumentais) até comprometer o auto-cuidado (AVD básicas).

O comprometimento das AVD básicas pode ser classificado em:

- **Independência:** realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente;
- **Semi-dependência:** apresenta comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro);
- **Dependência incompleta:** apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade;
- **Dependência completa:** apresenta comprometimento de todas as AVD, inclusive alimentar-se. Representa o grau máximo de dependência funcional.

O MEEM é um instrumento extremamente útil na triagem cognitiva por ser simples e de fácil aplicação, com duração de 5 a 10 minutos. É composto por 11 itens e a pontuação máxima é de 30 pontos. Os primeiros cinco itens do teste avaliam basicamente a memória e função executiva (atenção e concentração). A segunda metade avalia também outras funções corticais (linguagem, gnosia, praxia, função executiva e função visuoespacial). Portanto, é um teste capaz de rastrear todas as funções cognitivas, mas que, no entanto, não pode ser utilizado isoladamente para o diagnóstico das síndromes demências.

O humor é uma função indispensável para a preservação da autonomia do indivíduo, sendo essencial para a realização das atividades de vida diária. A presença de sintomas depressivos é frequente entre os idosos, variando de 8 a 16% e muitas vezes é negligenciada.

A Escala de Depressão Geriátrica” (Geriatric Depression Scale (GDS)) oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação dos transtornos depressivos, a versão brasileira da GDS-15 oferece uma medida válida para o diagnóstico de episódio depressivo e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo. Sugerimos a utilização da GDS-15 como triagem inicial dos transtornos no humor no idoso.

Quadro 15 – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

01	Está satisfeito(a) com sua vida?	Não = 1	Sim = 0
02	Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	Sim = 1	Não = 0
03	Sente que a vida está vazia?	Sim = 1	Não = 0
04	Aborrece-se com frequência?	Sim = 1	Não = 0
05	Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	Não = 1	Sim = 0
06	Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	Sim = 1	Não = 0
07	Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Não = 1	Sim = 0
08	Sente-se frequentemente desamparado(a)?	Sim = 1	Não = 0
09	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim = 1	Não = 0
10	Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	Sim = 1	Não = 0
11	Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Não = 1	Sim = 0
12	Vale a pena viver como vive agora?	Não = 1	Sim = 0
13	Sente-se cheio(a) de energia?	Não = 1	Sim = 0
14	Acha que sua situação tem solução?	Não = 1	Sim = 0
15	Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim = 1	Não = 0

Fonte: Almeida e Almeida, 1999.

9.7.2.2 Tratamento

O tratamento do declínio cognitivo e da demência inicial é baseado na abordagem comportamental, que, por meio de técnicas de fácil utilização, auxiliam o usuário no trato com problemas do dia a dia. Preconiza-se o uso de calendários, agendas, relógios e correção cuidadosa dos erros cometidos.

Em casos de demência moderada ou grave, o uso de medicações procura retardar o declínio cognitivo. As mais utilizadas são os inibidores da acetilcolinesterase, como donepezil, rivastigmina e galantamina.

O uso de antidepressivos em usuários com demência é incerto. As metanálises não encontraram grandes diferenças entre os medicados e os não medicados para sintomas depressivos em quadros de demências

O uso de antipsicóticos é reservado para situações nas quais há presença de alterações comportamentais importantes, como agitação, irritabilidade, delírio e alucinações.

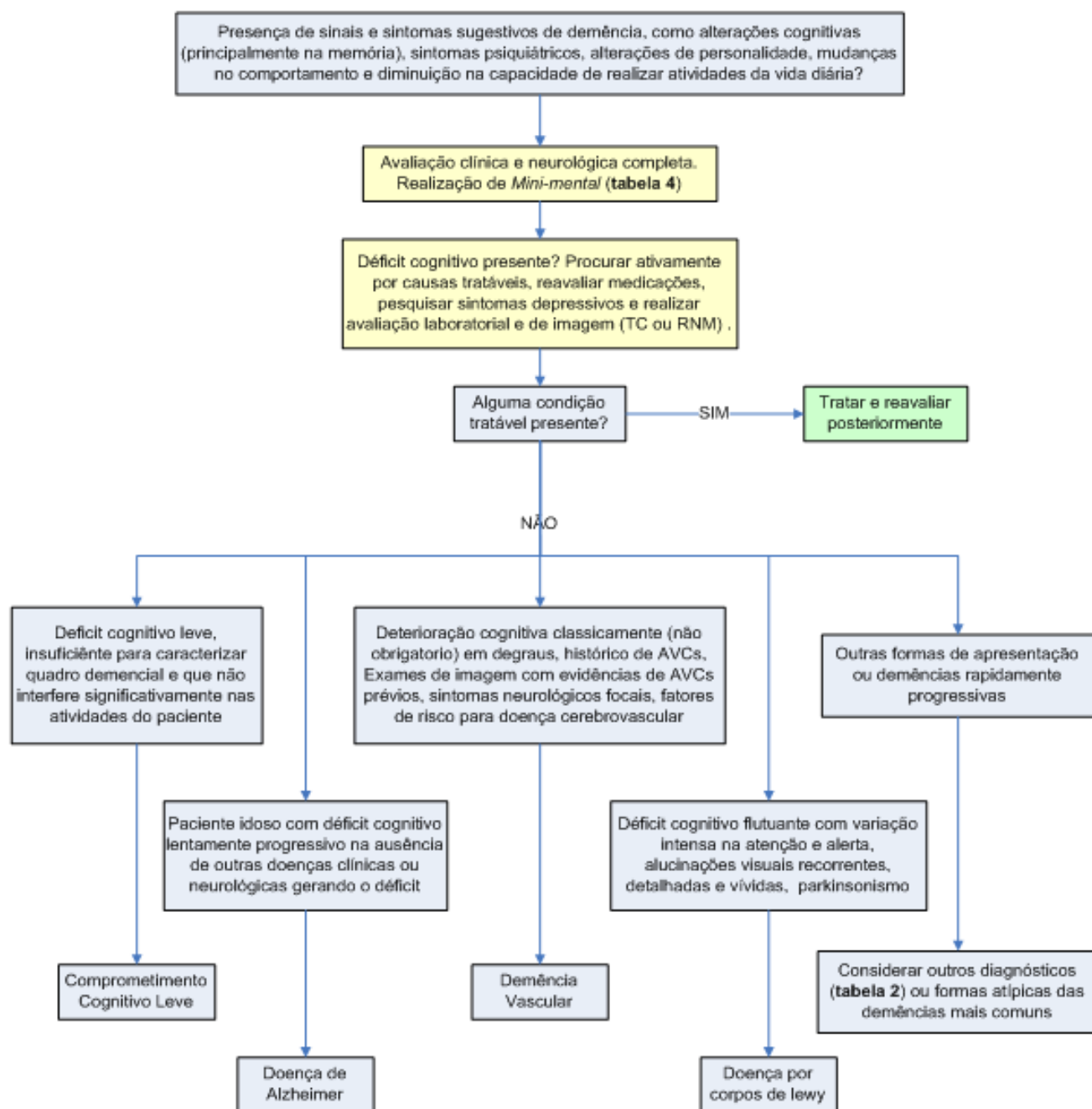
Nesse caso diferentemente do *delirium*, a preferência recai sobre os antipsicóticos de segunda geração, devido ao perfil de efeitos colaterais.

Recomendações Gerais

A partir do estudo brasileiro feito por Brucki *et al.* (2011), pode-se preconizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde:

- Incentivar atividade física regular para pessoas saudáveis, usuários com doença cerebrovascular e usuários com declínio cognitivo (nível de evidência B);
- Adaptar a dieta e modificação dos hábitos alimentares, incentivando-se o consumo de alimentos com predomínio de vegetais, ácidos graxos insaturados, grãos e peixes (nível de evidência B);
- Evitar o consumo de doses elevadas de álcool (nível de evidência C);
- Incentivar a manutenção de peso adequado (nível de evidência C);
- Fazer uso de anti-hipertensivos, nos casos de hipertensão, o que pode reduzir o risco de declínio cognitivo e demência, incluindo a demência vascular. Não há evidências para recomendações do uso de uma classe específica de anti-hipertensivos (nível de evidência B);
- O uso de estatinas em indivíduos idosos, em sujeitos com fatores de risco vasculares, não é recomendado com objetivo exclusivo de prevenção ou tratamento das demências (nível de evidência B);
- Não se recomenda o controle intenso da glicemia (Hb glicada < 6%) para a prevenção exclusiva de declínio cognitivo em usuários diabéticos (nível de evidência B);
- O tratamento das comorbidades potencialmente reversíveis associadas a insuficiência cardíaca em usuários idosos (anemia, Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, anormalidades de eletrólitos, hiperglicemia, hipoalbuminemia) pode reduzir o declínio cognitivo nestes usuários (nível de evidência C). O uso de inibidores da ECA pode ser recomendado em usuários com insuficiência cardíaca independente do tratamento dos níveis pressóricos (nível de evidência C);
- A apnéia do sono deve ser pesquisada e tratada em usuários com demência, podendo trazer algum benefício cognitivo (nível de evidência C);
- A cessação de tabagismo deve ser recomendada em qualquer época da vida (nível de evidência C);
- Não é recomendado o uso de antiagregantes para prevenção primária de declínio cognitivo e demência (nível de evidência B). Em usuários com Alzheimer não é indicada a administração de ácido acetilsalicílico como tratamento da demência, exceto quando indicado por motivos cardiovasculares (nível de evidência B);
- A revascularização carotídea, através de *stent* na artéria carótida (CEA) ou endarterectomia de carótida (CAS), em usuários com estenose carotídea sintomática não afeta o desempenho cognitivo. A revascularização carotídea não deve ser recomendada com objetivo de preservar ou melhorar a função cognitiva (nível C).

Figura 05 – Avaliação diagnóstica dos quadros demências



Fonte: SMID, 2008.

9.7.2.3 Encaminhamento

No caso de suspeita de declínio cognitivo e demência em idosos (acima de 60 anos), após avaliação clínica (MEEM e escala global) e descartar causa orgânica, deve-se encaminhar para acompanhamento com a geriatria. No caso dos usuários com menos de 60 anos deve-se encaminhar para a neurologia.

Em caso de apresentar comorbidade psiquiátrica seguir o protocolo de encaminhamento conforme a suspeita diagnóstica (depressão, ansiedade, *delirium*, etc).

9.7.3 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O AVC é uma das mais importantes causas de morbimortalidade no mundo, com um número crescente de pessoas sendo diagnosticadas anualmente. Entre esses usuários, manifestações psiquiátricas, como quadros depressivos e *delirium*, são muito prevalentes, podendo ser observadas, também, taxas altas de sintomatologia ansiosa.

A depressão tem uma relação dupla com o AVC, sendo tanto um fator de risco como uma complicação comum pós-AVC, acometendo 39 a 57% dos usuários no primeiro ano após o evento. A depressão pós-AVC está associada a maior mortalidade e pior qualidade de vida. Alguns estudos sugerem, ainda, menor investimento pessoal na reabilitação, maior permanência hospitalar e pior função cognitiva. O tratamento dessa comorbidade psiquiátrica é central para a melhor evolução do quadro de base, assim como há evidências em relação à redução da mortalidade.

A psicopatologia da depressão pode variar em função da lateralização do AVC; usuários com AVC no hemisfério direito apresentam, com maior frequência, depressão sem humor depressivo. A depressão está relacionada a prejuízo cognitivo e à piora do comprometimento funcional, com impacto direto para o restabelecimento de usuários com sequelas.

Transtornos de ansiedade pós-AVC ocorrem em menor proporção, aproximadamente 20 a 26%, estando associados com piora da reabilitação, assim como afetando de modo negativo a qualidade de vida e a recuperação em longo prazo.

Para o manejo dos sintomas depressivos e ansiosos, o tratamento é similar ao dado à população geral, sendo fundamentado em prescrição de antidepressivos e encaminhamento para psicoterapia. Entre os antidepressivos, de maneira geral a escolha deve levar em conta a existência de evidência de sintomas depressivos, bem como os riscos associados a seu uso, como efeitos sobre a pressão arterial e a frequência cardíaca. Em geral, sendo os mais bem-estabelecidos os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS).

Alguns aspectos devem ser lembrados:

- Hipotensão postural (risco de quedas), principalmente com tricíclicos, mas também com trazodona;
- Diminuição do limiar convulsivo (risco de convulsão), principalmente com bupropiona e maprotilina;
- Diminuição do nível de consciência (risco de delirium), principalmente com tricíclicos.

A associação de psicoterapia, bem como medidas de suporte social, apresentam impacto positivo na recuperação dos usuários. O foco dessas terapias deve ser a reinserção do indivíduo no seu contexto social e o treinamento de habilidades que possibilitem uma progressiva independência funcional do usuário.

9.7.4 Epilepsia

Denomina-se epilepsia o conjunto variado de condições do sistema nervoso central (SNC) que têm como elemento comum a ocorrência das crises epiléticas recorrentes. As crises

epilépticas são eventos súbitos e transitórios que podem se manifestar por uma grande variedade de sintomas e sinais e que têm como base fisiopatológica uma descarga neuronal excessiva no SNC, a descarga epileptiforme. As manifestações clínicas das crises epilépticas refletem os fenômenos de excitação e inibição neuronal na área cerebral afetada.

A prevalência de indivíduos portadores de epilepsia em unidades de saúde mental é nove vezes maior que a da população geral, o que aponta o alto índice de comorbidade entre epilepsia e doença mental.

Os transtornos mentais associados à epilepsia são divididos em:

Transtornos periictais: aqueles que surgem em proximidade temporal à ocorrência das crises epilépticas ou mudanças súbitas na frequência das mesmas. São subdivididos em periictais, pós-ictais, parasitais e alternantes:

- Presença de relação temporal estreita com crises;
- Em regra, início abrupto, curta duração (horas a dias) e remissão completa;
- Alteração da consciência é comum, porém não obrigatória;
- Presença de anormalidades no EEG (com exceções).

Transtornos mentais interceptais: não se observa relação temporal com as crises epilépticas, elas estão presentes entre as crises ou mesmo na ausência delas. Consciência em geral preservada, com possíveis exceções. Os transtornos mentais mais comuns associados à epilepsia são:

- Disfóricos;
- Depressão ictal, pós-ictal e interictal;
- Estado de mal de ausência e parciais complexos;
- *Delirium* pós-ictal;
- Psicose pós-ictal e interictal;
- Transtornos alternantes - fenômeno clínico da melhora das crises epilépticas;
- Associada ao surgimento de quadro psicótico;
- Agressividade;
- Transtornos de personalidade.

O diagnóstico precoce dos fatores de risco possibilita a instauração de medidas de prevenção e reabilitação. Programas educativos ao público e aos profissionais de saúde favorecem a redução do impacto psicossocial associado à epilepsia e facilitam o reconhecimento precoce dos indivíduos sob risco de transtornos mentais.

Programas psicopedagógicos para grupos de usuários e familiares, grupos de auto-ajuda e intervenções psicoterapias proporcionam aporte de informação; auxílio na elaboração e aceitação da doença; combate ao estigma, medo, restrição excessiva, baixa auto-estima e desesperança.

9.7.4.1 Tratamento Medicamentoso

Quando possível, a politerapia deve ser evitada: Devem ser observados os efeitos colaterais neuropsiquiátricos das drogas antiepilépticas (DAE).

Atenção especial deve ser dada para a intoxicação pelas drogas antiepilépticas. O perfil psicofarmacológico de algumas medicações usadas na epilepsia deve ser aproveitado nos transtornos mentais, como os estabilizadores de humor e ansiolíticos.

A diferenciação entre transtorno mental parietal e interictal é fundamental na definição da conduta terapêutica.

Transtornos periictais: Conduta medicamentosa voltada para o melhor controle das crises epiléticas, com exceção dos casos de transtorno alternante.

Transtornos mentais interictais: Tratamento semelhante ao das mesmas síndromes em usuários não portadores de epilepsia, levando-se em conta os fatores envolvidos nas particularidades da epilepsia e do seu tratamento.

Apesar dos princípios básicos do tratamento psicofarmacológico nos usuários com epilepsia serem semelhantes aos preconizados nos usuários sem epilepsia, algumas particularidades devem ser observadas:

Interferência no limiar epileptogênico:

- O lítio diminui o limiar convulsivo;
- Os antipsicóticos também diminuem o limiar epileptogênico (fenotiazinas mais que butirofenonas e antipsicótico atípicos). A primeira escolha de uso é o Haloperidol, sendo a Clorpromazina considerada de alto risco;
- Os benzodiazepínicos aumentam o limiar convulsivo;
- Os antidepressivos geralmente diminuem o limiar convulsivo, tricíclicos mais que os ISRS, devendo então ser considerado a Fluoxetina como preferência no tratamento nos quadros de depressão interictal.

Interações medicamentosas: Interações farmacológicas entre as drogas antiepilépticas e os psicofármacos podem diminuir a eficácia por redução dos níveis séricos ou provocar toxicidade por elevação dos níveis séricos ou deslocamento proteico.

Os psicofármacos, portanto devem ser introduzidos lentamente e usados na menor dose eficaz possível. Deterioração do comportamento em seguida a introdução de psicofármacos pode significar intoxicação por DAE.

Principais interações medicamentosas:

- **Carbamazepina, Fenitoina e Barbitúricos** diminuem os níveis séricos dos psicofármacos por indução enzimática;
- **Valproato de sódio** eleva os níveis séricos dos psicofármacos por inibição enzimática não competitiva, podendo também apresentar interações por deslocamento proteico;
- **Antidepressivos tricíclicos** apresentam efeitos inconsistentes sobre DAE, com potencial elevação dos níveis séricos das DAE;
- **Inibidores seletivos da recaptção de serotonina** apresentam potencial para elevação dos níveis séricos das DAE (particularmente a fluoxetina);

- **Fenotiazínicos** também podem provocar a elevação dos níveis séricos de **fenitoína e de valproato de sódio**.

9.8 Doença de Parkinson (DP)

A DP é a segunda forma mais comum de doença degenerativa cerebral. Formas precoces de instalação, antes dos 50 anos, são raras, havendo um aumento com a idade, sendo sua prevalência de 3% nas pessoas acima de 65 anos.

Entre seus sintomas, incluem-se as alterações cognitivas relacionadas ao quadro primário, presentes em até 60% das pessoas acometidas, além de altas taxas de comorbidade com depressão (7 a 76% dos portadores) e psicose.

Em cerca de um terço dos casos, a depressão é diagnosticada antes do surgimento dos sintomas motores.

A doença de Parkinson é mais frequente em mulheres e em indivíduos mais jovens e com antecedente de depressão. Os sintomas mais comuns são:

- Irritabilidade;
- Pessimismo;
- Ansiedade;
- Ideação suicida.

O tratamento da depressão nesses usuários pode incluir um antidepressivo, sendo que os tricíclicos (ADTs) apresentam melhora dos sintomas motores por causa do seu efeito anticolinérgico. Doses menores das usuais são usadas com sucesso.

Os ISRS também são uma opção segura de tratamento, contanto que não sejam associados à selegilina, com risco de síndrome serotoninérgica. O uso de benzodiazepínicos (BZDs) deve ser avaliado com cuidado, por causa do risco de confusão mental e de quedas.

A incidência de transtornos psicóticos na DP pode variar de 20 a 40%, sendo significativamente mais elevada nos usuários que recebem tratamento dopaminérgico, e, nesses casos, a presença de alucinações visuais é alta.

O manejo de transtornos psiquiátricos na DP envolve investigar se há associação entre a piora dos sintomas e o uso da terapia dopaminérgica, assim, quando há suspeita de sintomatologia psiquiátrica, depressiva, ansiosa ou psicótica, o medicamento dopaminérgico deve ser usado na menor dosagem possível.

O tratamento da psicose consiste, inicialmente, na redução da dopamina exógena; caso tal medida não seja viável ou suficiente, preconiza-se o uso de antipsicóticos atípicos, **como clozapina ou quetiapina, com baixo risco de sintomas extrapiramidais**

9.9 Dermatologia

9.9.1 Psoríase

A psoríase caracteriza-se por uma hiperplasia epidérmica na qual a renovação da pele assemelha-se ao processo cicatricial, com crescimento acelerado dos queratinócitos (2 a 4 dias) e posterior descamação do excesso de células, produzindo as típicas lesões da psoríase.

É uma doença inflamatória, crônica e recorrente, com componente genético importante, mas que exige certos fatores ambientais para se manifestar, como:

- Estresse;
- Tabagismo;
- Consumo de álcool;
- Trauma;
- Infecções;
- Uso de certos medicamentos (lítio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, betabloqueadores, bloqueadores de canal de cálcio [bpm:] e anti-inflamatórios não hormonais [ainh]).

A psoríase apresenta prevalência de 1 a 3% e maior incidência por volta dos 30 anos e o estado emocional do usuário tem importante impacto na evolução da doença.

O prejuízo da autoimagem corporal gerado pelas lesões descamativas contribui para o aumento da prevalência de transtornos psiquiátricos na população com psoríase, sendo os mais importantes:

- Transtornos depressivos;
- Transtornos ansiosos;
- Transtornos de personalidade.

Intervenções psicossociais, meditação e controle de estresse, são eficazes na redução da atividade da psoríase.

Quanto à psoríase induzida por lítio, sua incidência varia entre 1,8 e 6%. Ocorre nos primeiros anos de tratamento, com remissão após a suspensão do medicamento.

9.9.2 Dermatite Atópica

A dermatite atópica é uma doença dermatológica com início na infância ou na adolescência, com prevalência em torno de 10% da população. Apresenta prurido, eritema e erupção maculopapular, que pode evoluir para liquenificação e infecções após o ato de coçar a pele.

A dermatite atópica associa-se a outras doenças atópicas, como asma e rinite alérgica, e é decorrente da reação de hipersensibilidade mediada por imunoglobulina E (IgE) a antígenos comuns presentes na alimentação e no ambiente.

Sintomas depressivos e ansiosos pioram a evolução da dermatite atópica por causa da redução do limiar para prurido e coceira. Entretanto, a prevalência de transtornos ansiosos e depressivos é maior nessa população quando comparada com indivíduos controle.

A prevalência de ideação suicida em usuários com dermatite atópica é um dado que chama a atenção e que está relacionado com a gravidade do quadro dermatológico. Usuários com dermatite atópica leve apresentam ideação suicida de 0,21%, enquanto usuários com a forma grave da doença apresentam taxas de 19,6% de ideação suicida.

Deve-se realizar o tratamento dos transtornos depressivos e ansiosos com medicação antidepressiva, em particular ISRS, em associação com psicoeducação e intervenções psicológicas e relaxamento.

Preconiza-se a quebra do ciclo vicioso prurido-coceira, que reduz as escoriações e as infecções e melhora significativamente a condição da pele dos usuários com dermatite atópica.

9.10 Gastroenterologia

As doenças inflamatórias intestinais (retocolite ulcerativa e doença de Crohn) cursam com dor abdominal, diarreia, febre e emagrecimento. A diferença entre elas está principalmente na região acometida, estando a retocolite ulcerativa restrita ao cólon, enquanto a doença de Crohn pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal.

As doenças inflamatórias intestinais acometem indivíduos jovens, com prevalência observada de 35 casos a cada 100.000 habitantes. Podem apresentar manifestações articulares, vasculares, urológicas, dermatológicas e oftalmológicas, e seu curso crônico causa importante impacto na qualidade de vida dos usuários.

Os diversos prejuízos encontrados nas doenças inflamatórias intestinais contribuem para a maior prevalência de sintomas depressivos nessa população. De acordo com a gravidade e a evolução da doença, as taxas de prevalência variam de 9,3 a 68%.

Por outro lado, a depressão relaciona-se à pior qualidade de vida e ao pior prognóstico para as doenças inflamatórias intestinais, com resposta insuficiente aos esquemas terapêuticos. O próprio uso de imunossupressores, como os corticosteroides, contribui para o aumento dos sintomas depressivos.

O tratamento consiste no uso de ISRS, inibidores da recaptura de serotonina e noradrenalina. A associação com suporte psicoterápico e grupo de usuários para educação e manejo também apresenta evidência de eficácia.

9.10.1 Síndrome do Intestino Irritável

A Síndrome do Intestino Irritável é caracterizada por desconforto e por dor abdominais crônicos; é uma síndrome funcional que acomete cerca de 10 a 15% da população, em particular, as mulheres. Essa doença associa-se a outras síndromes funcionais, como fibromialgia e síndrome da fadiga crônica, e apresenta:

- Hiper-reatividade da musculatura lisa;
- Hipersensibilidade visceral;

- Desregulação do sistema nervoso autônomo (SNA);
- Manutenção de resposta ativa do sistema imune após fator estressor.

A prevalência de transtornos psiquiátricos em usuários com síndrome do intestino irritável é bastante alta, sendo os principais:

- Transtorno de Personalidade (TP) – 16 a 46%;
- Transtorno de Somatização – 15 a 48%;
- Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG) – 37%;
- Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) – 35%;
- Transtorno Depressivo – 27%;
- Esquizofrenia – 17%.

Os usuários com síndrome do intestino irritável apresentam distorção cognitiva, com tendência a pensamentos negativos, angústia e catastrofização, o que favorece o surgimento dos transtornos psiquiátricos. Observa-se também um baixo limiar para suportar desconforto físico, fazendo com que busquem serviços de saúde em frequência acima da média da população.

Em relação aos transtornos de ansiedade, nota-se que usuários com síndrome de intestino irritável apresentam duas vezes mais risco de desenvolver TP do que a população geral. TEPT é observado em até 33% dos usuários.

Já entre os usuários com TP, o risco de desenvolvimento de síndrome do intestino irritável é cinco vezes maior do que naqueles indivíduos sem o transtorno. A presença de sintomas comuns a duas síndromes, como náuseas, dor abdominal e diarreia, contribui para a elevada comorbidade.

Para o tratamento de transtornos depressivos e ansiosos, os ISRS são a primeira opção, por causa da sua segurança e da sua tolerabilidade. Entretanto, não interferem na dor e no inchaço abdominal.

Os antidepressivos tricíclicos, por outro lado, modulam a sensibilidade à dor e, quando usados em doses mais baixas do que aquelas estipuladas para a depressão, podem ser de grande ajuda ao tratamento da síndrome do intestino irritável, corrigindo a motilidade intestinal e a liberação de secreções. A associação com psicoterapia, relaxamento mostrou-se benéfica.

9.10.2 Dispepsia Funcional

A dispepsia funcional acomete o abdome superior e pode ser descrita como dor, desconforto ou queimação pós-prandial. A prevalência varia entre 25 e 40% da população, mas menos de um terço dos indivíduos acometidos procuram auxílio médico.

Dentre os usuários com dispepsia, 47,8% apresentam algum transtorno psiquiátrico, sendo os mais prevalentes: 24

- Transtorno somatoforme (21,1%);
- Transtornos ansiosos (13,2%);
- Transtornos depressivos (5,2%).

A dispepsia não contraindica o uso de antidepressivos no tratamento dos sintomas depressivos e ansiosos dos usuários com dispepsia funcional, **sendo os ISRS a primeira opção de antidepressivo.**

9.11 Distúrbios Nutricionais

9.11.1 Deficiência de Niacina – Vitamina B3

A insuficiência alimentar de niacina (ácido nicotínico) e de seu precursor triptofano está associada à **pelagra**, uma doença de deficiência nutricional que ocorre em âmbito global, observada em associação com abuso de álcool, dietas vegetarianas, cirurgias bariátricas, pobreza extrema e inanição.

Seus sintomas neuropsiquiátricos incluem apatia, irritabilidade, insônia, depressão e delirium. Os sintomas clínicos incluem dermatite, neuropatias periféricas e diarreia.

O curso de pelagra é descrito tradicionalmente com “cinco Ds”: dermatite, diarreia, *delirium*, demência e decesso (morte). A reação ao tratamento com ácido nicotínico é rápida, mas a demência resultante de doença prolongada pode melhorar apenas de modo lento e incompleto.

Assim, sabemos atualmente que a pelagra resulta da deficiência de uma ou mais substâncias que interferem na síntese de nicotinamida, a saber:

- Deficiência nutricional, como restrição de proteína animal (alcoólistas, anorexia nervosa, idosos em más condições de alimentação) e dieta à base de milho;
- Má absorção;
- Alteração do metabolismo do triptofano: doença de Hartnup;
- Uso de medicações, como a isoniazida, antimitóticos, cloranfenicol, etc.

O milho contém grande quantidade de niacina, porém esta se encontra em uma forma não disponível. A técnica de hidrólise alcalina libera esta substância para ser aproveitada, isto explica o porquê de no México, onde a dieta é à base de tortilhas de milho, não haver pelagra.

A grande quantidade de leucina presente no sorgo parece inibir a síntese de niacina, justificando assim surtos desta doença onde a base da alimentação é este cereal, como na Índia.

A síndrome do carcinóide (doença de Hartnup), em que o triptofano é utilizado para a síntese de serotonina, pode levar a um quadro semelhante ao da pelagra. Já a isoniazida, por ser uma molécula semelhante à niacina, provoca pelagra em função de um mecanismo de inibição competitivo.

Nenhuma medida específica satisfatória que mensure os níveis de niacina está disponível. Níveis urinários do metabólito N-metil-nicotinamida (NMN) e N-metil-piridona-5-carboxamida estão diminuídos na pelagra. Níveis urinários abaixo de 0.8/mg indicam deficiência de niacina

A pelagra clássica responde dramaticamente à administração oral de ácido nicotínico na dose de 100-300 mg/dia três vezes ao dia. As alterações mentais desaparecem em 24h-48h, mas as lesões de pele podem demorar até 3 a 4 semanas. A maioria dos usuários com pelagra necessita

da administração concomitante de riboflavina e piridoxina, e uma dieta rica em calorias e proteínas para tratar a desnutrição. Uma dose de 40 mg-200 mg por dia de ácido nicotínico é necessária para tratar a doença de Hartnup e a síndrome do carcinóide.

A pelagra não é uma doença tão comum no nosso meio. Atenção diagnóstica deve ser dada para as formas incompletas que se manifestam unicamente por sintomas neurológicos, cutâneos ou ainda gastrintestinais.

9.11.2 Deficiência de Tiamina – Vitamina B1

A deficiência de tiamina (vitamina B1) leva a beribéri, caracterizado principalmente por mudanças neurológicas e cardiovasculares, e a **síndrome de Wernicke-Korsakoff**, associada com maior frequência ao abuso crônico de álcool e atualmente ao aumento de cirurgias bariátricas.

Os sintomas psiquiátricos incluem apatia, depressão, irritabilidade, nervosismo e baixa concentração; problemas graves de memória que podem se desenvolver em casos de deficiência prolongada.

Os sintomas de deficiência de Tiamina na síndrome de Wernicke-Korsakoff são confusão mental, amnésia parcial anterógrada e retrograda, ataxia (perda da coordenação e equilíbrio dos movimentos musculares voluntários) e oftalmoplegia (paralisia ou fraqueza em um ou mais músculos oculares).

Além disto, a encefalopatia de Wernicke pode ser facilmente subestimada como causa de deterioração do estado mental em usuários alcoolistas, uma vez que a atenção médica é freqüentemente dirigida para outras patologias ligadas ao abuso de álcool. A tríade clássica descrita por Wernicke, composta de ataxia, oftalmoplegia e distúrbios mentais, demonstrou ser incomum, estando presente em 14,2% e 16,5% dos casos diagnosticados em estudos de autópsia. A observação clínica mais comum foi desorientação, presente em 42% dos casos seguidas por ataxia (37%) e déficit de memória (30%), sendo que 18,6% destes não tinham nenhum sinal clínico referido.

No livro texto Cecil de medicina interna¹⁰ (1982), mesmo com a importante ressalva de que a síndrome de Wernicke-Korsakoff “deve ser suspeitada e tratada em qualquer sujeito cronicamente malnutrido sofrendo de um estado confusional de início recente”, há a afirmação de que “a tríade clínica de oftalmoplegia, ataxia e confusão global é característica” e de que “virtualmente todos os usuários têm marcha atáxica devido ao envolvimento cerebelar”. Para maior eficiência diagnóstica, é fundamental um alto índice de suspeita em “usuários de risco”, particularmente alcoolistas. Vale ressaltar que o coma pode ser sua única apresentação, razão pela qual todo usuário em coma de origem desconhecida deve receber tiamina.

Os distúrbios de consciência e de estado mental ocorrem principalmente como um estado confusional global, no qual o usuário está apático, desatento e com mínima expressão verbal espontânea. Os distúrbios de consciência e estado mental ocorrem em 10% dos usuários. Com a pronta reposição de tiamina o usuário recobra rapidamente o estado de alerta e a tenacidade.

O estado amnésico característico da psicose de Korsakoff é marcado por uma lacuna permanente na memória do usuário. O principal aspecto da desordem amnésica é o defeito do aprendizado (amnésia anterógrada) e perda da memória passada (amnésia retrógrada). A memória imediata está intacta, mas a memória de curto prazo está comprometida. O defeito de aprendizado é o aspecto que leva à incapacitação do usuário na sociedade, o qual fica apto para executar somente tarefas simples e habituais.

A confabulação é um achado característico da psicose de Korsakoff. Na fase inicial da patologia, o quadro confusional é severo e a confabulação é evidente e significativa. Na fase convalescente, o usuário lembra fragmentos de experiências passadas de forma distorcida. É controversa a afirmação de que a confabulação é um recurso utilizado pelo usuário para tentar diminuir o embaraço causado pelo déficit de memória.

Alterações cardiovasculares ocorrem habitualmente como taquicardia, hipotensão postural e anormalidades eletrocardiográficas, que resolvem após a administração de tiamina. Em estágios crônicos da doença, os usuários podem apresentar capacidade diminuída para a discriminação entre odores.

A absorção de tiamina é prejudicada pela deficiência nutricional e pelo álcool, dificultando o tratamento de alcoolistas. A situação é frequentemente agravada pela doença hepática subjacente, que leva à redução dos estoques corporais e à diminuição do metabolismo de tiamina. A disfunção hepática pode também acentuar os efeitos tóxicos do álcool sobre o cérebro, possivelmente através de um desequilíbrio no metabolismo dos aminoácidos.

A administração parenteral de tiamina nesses casos está indicada em doses de 50mg IV diluída em 100mL de solução salina com infusão por 30 minutos, três vezes por dia, durante dois a três dias. Se não for observada resposta positiva, o esquema deve ser mantido por mais dois a três dias e, depois, havendo melhora, a dose deve ser reajustada para 250mg IM ou IV/dia, por mais três a cinco dias. O uso da tiamina deve ser feito antes ou durante a administração de glicose, uma vez que a glicose isoladamente pode precipitar o agravamento do quadro de encefalopatia em usuários com carência de tiamina.

A despeito do risco de diminuição da absorção intestinal com terapia oral, doses de 50 a 100 mg de tiamina, três a quatro vezes por dia, devem ser instituídas por vários meses. O usuário deve também aderir a uma dieta balanceada.

9.11.3 Deficiência de Cobalamina – Vitamina B12

A deficiência de cobalamina (vitamina B12) surge devido à incapacidade das células da mucosa gástrica de secretar uma substância específica, fator intrínseco, necessária para a absorção normal de vitamina B12 no íleo. O estado de deficiência se caracteriza pelo desenvolvimento de anemia megaloblástica macrocítica crônica (anemia perniciosa) e por manifestações neurológicas resultantes de mudanças degenerativas nos nervos periféricos, na medula espinal e no cérebro.

As alterações neurológicas e mentais como apatia, depressão, irritabilidade e alterações bruscas de humor, são observadas em cerca de 80% de todos os usuários. Essas alterações são normalmente associadas a anemia megaloblástica, mas algumas vezes antecedem o início de anormalidades hematológicas.

Em alguns indivíduos, encefalopatia e os sintomas associados de *delirium*, delírios, alucinações, demência, às vezes características paranoides, são proeminentes e também podem ser chamados de loucura megaloblástica.

Causas:

- Cirurgias que reduzem as dimensões do estômago, como as gastrectomias totais ou parciais e as cirurgias bariátricas;
- Doenças inflamatórias do intestino e as que provocam má absorção;
- Uso crônico de medicamentos para reduzir a concentração de ácido no suco gástrico (omeprazol, ranitidina, etc.);
- Uso de metformina no diabetes;
- Dietas vegetarianas ou pobres em alimentos de origem animal.

Embora níveis sanguíneos de B12 muito baixos estejam associados à deficiência, é raro encontrá-los. Resultados na faixa de normalidade não excluem a possibilidade de haver déficit. Exames falso-negativos e falso-positivos são frequentes.

O diagnóstico é feito com base nas dosagens sanguíneas de ácido metilmalônico e homocisteína, que se encontram elevadas em 98% dos casos. Como a reposição vitamínica provoca diminuição progressiva dessas concentrações, a primeira dosagem deve ser pedida antes de iniciar o tratamento.

No tratamento da deficiência da vitamina B12, que não seja por deficiência alimentar, recomenda-se a administração intramuscular na dose de 1000 µg por semana, durante um mês, seguida de uma injeção na mesma dose por mês, pelo resto da vida. Doses entre 125 e 500 µg/dia podem ser administradas em casos de deficiência nutricional ou má-absorção.

As manifestações neurológicas da deficiência de vitamina B12 podem ser interrompidas rápida e completamente por meio da administração contínua e logo de início de terapia vitamínica parenteral.

A anemia geralmente é corrigida em dois meses. O quadro neurológico regride parcial ou completamente em seis meses. O tratamento é mantido por períodos longos ou pela vida toda.

A reposição oral tem sido proposta, já que 1% da vitamina B12 ingerida é absorvida livremente. A dose por via oral é de 1.000 a 2.000 microgramas diárias. A vitamina B12 não está incluída na REMUME de Joinville e é prescrita conforme critério médico.

9.11.4 Deficiência de Ácido Fólico – Vitamina B9

O ácido fólico (vitamina B9 ou folato) exerce importante papel no desenvolvimento do sistema nervoso central, no metabolismo de neurotransmissores e na preservação da memória com

o avanço da idade. **Sua carência pode causar anemia megaloblástica, alterações bioquímicas, aumento do fator de risco para doenças cardiovasculares, entre outros.**

O metabolismo do folato e da vitamina B12 está intimamente correlacionado. Ambas são necessárias para a metilação da homocisteína em metionina e para outras reações de metilação envolvendo o metabolismo de neurotransmissores. Postula-se que um defeito no processo de metilação seja o motivo central para a base bioquímica dos distúrbios neuropsiquiátricos dessas deficiências vitamínicas.

Enquanto a deficiência de folato geralmente causa depressão, a deficiência de vitamina B12 está associada à neuropatia periférica. Ambas causam demência e deficiência cognitiva, doenças comuns em idosos.

O ácido fólico participa da síntese de purinas e pirimidinas, compostos utilizados na formação do DNA. As coenzimas do folato são essenciais para a transformação de unidades monocarbonadas e para maturação das hemácias e dos leucócitos na medula óssea.

A deficiência de ácido fólico está associada a uma ingestão alimentar insuficiente, às doenças de má absorção intestinal, ao uso abusivo de álcool, à anemia hemolítica, à psoríase, ao aumento da proliferação celular, à doença hepática, à nutrição parenteral prolongada e ao uso de determinados medicamentos

Os níveis baixos de folato estão associados a um nível elevado de homocisteína plasmática, atualmente considerada um fator de risco independente para doenças cardiovasculares. Esse nível elevado de homocisteína apresenta uma taxa de prevalência de 28 a 42 % em várias populações com doença cardiovascular e carregam risco elevado para doença vascular oclusiva prematura.

Concentrações elevadas de homocisteína no cérebro estão associadas com risco aumentado de lesão cerebrovascular e neurotoxicidade. Vários são os mecanismos propostos para explicar essa relação, tais como: prejuízo da vasodilatação endotélio-dependente, inibição da enzima óxido nítrico sintetase, promoção da peroxidação lipídica, prejuízo do potencial antioxidativo celular, aumento da agregação plaquetária, inibição dos anticoagulantes naturais, ativação da apoptose neuronal e estresse oxidativo aumentado.

Verificaram associação entre a deficiência do ácido fólico e a atrofia do córtex cerebral em idosos portadores da doença de Alzheimer. O ácido fólico exerce importante papel no desenvolvimento do sistema nervoso central, no metabolismo de neurotransmissores e na preservação e integridade da memória com o avanço da idade.

A deficiência de ácido fólico também pode estar associada a sintomas depressivos seguidos de demência e neuropatia periférica. Baixos níveis de folato e seus derivados estão correlacionados à gravidade e a duração desses sintomas.

Para muitos pesquisadores, doenças crônicas e inflamatórias, uso simultâneo de múltiplos medicamentos, sangramento gastrointestinal imperceptível, bem como situação econômica desfavorável, inabilidade física para compra e preparo das refeições, alcoolismo e desconhecimento do valor nutricional dos alimentos seriam outros fatores, reconhecidos como desencadeantes de inadequação e deficiência nutricional.

As medicações fenitoína, fenobarbital, primidona, aspirina, colestipol, cicloserina, metotrexato e enzimas pancreáticas reduzem os níveis de ácido fólico, enquanto que o ácido aminosalicílico, antiácidos, colestiramina, anticoncepcionais de estrogênios, bloqueadores H2 e a carbamazepina reduzem sua absorção.

A excreção do ácido fólico está aumentada quando há administração de diuréticos e sua absorção pode ser diminuída em tratamento com metformina. A suplementação com ácido fólico pode antagonizar os efeitos do tratamento com pirimetamina.

Os valores séricos considerados como deficiência do nível de folato são considerados menores que 7nmol/L. Caso seja diagnosticada uma deficiência de ácido fólico, o tratamento habitualmente consiste na suplementação do mesmo, mas deve-se ter cuidado na administração de ácido fólico em usuários anêmicos e com deficiência de vitamina B12, pois pode haver mascaramento dos sintomas da anemia perniciosa, também pode exacerbar as convulsões em usuários com a patologia reconhecida.

Na prevenção da toxicidade provocada pelo metotrexato deve-se administrar 1 comprimido de ácido fólico 2 mg ao dia, ou 1 comprimido de ácido fólico 5 mg uma vez por semana durante o tratamento com metotrexato.

Para o tratamento de hiperhomocisteinemia ou deficiência deve-se administrar 1 comprimido ácido fólico 5 mg ao dia, por 8 a 12 semanas. A posologia de ácido fólico pode ser alterada a critério médico, não devendo ultrapassar a dose máxima de 15 mg/dia de ácido fólico.

9.11.5 Deficiência de Vitamina D

Nos seres humanos, a vitamina D surge da transformação cutânea do 7-desidro colesterol sob o efeito da exposição a UVB ou da ingestão de alimentos.

A vitamina D tem um papel imunomodulador através de ações anti-inflamatórias e anti-auto-imunes. No sistema nervoso, a vitamina D está envolvida na regulação da excitotoxicidade neuronal mediada pelo cálcio, na redução do estresse oxidativo e na indução de proteínas estruturais sinápticas, fatores neurotróficos e neurotransmissores deficientes.

A exposição reduzida à luz solar e a baixa ingestão de alimentos podem levar à deficiência de vitamina D.

O aumento da evidência, evidencia o impacto da deficiência de vitamina D como fator favorável em várias doenças neurológicas centrais ou periféricas, especialmente a **esclerose múltipla e várias doenças neurodegenerativas, como esclerose lateral amiotrófica, doença de Parkinson e doença de Alzheimer.**

Recentemente, vários ensaios clínicos sobre a suplementação de vitamina D enfatizaram o papel da vitamina D como fator protetor e / ou prognóstico no início e progresso de tais condições neurológicas assim como na prevenção de quadro depressivos.

Quadro 16 – Indicadores de saúde para vários níveis da 25-OHD₃

25-OHD ₃ (ng/mL)	25-OHD ₃ (nmol/L)	Indicador de Saúde
< 20	> 50	Deficiência
20 – 32	50 – 80	Insuficiência
32 – 100	80 – 250	Suficiência
54 – 90	135 – 225	Normal em países ensolarados
> 100	> 250	Excesso
> 150	> 325	Intoxicação

Fonte: Adaptado de Grant e Holick, 2005.

Quadro 17 – Tratamento da hipovitaminose D

Faixa etária	Tratamento com Vitamina D (1mcg = 40 UI)		Dose de manutenção
	Dose diária	Dose semanal	
Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets (2016)			
< 1 ano	2000 UI, por 12 semanas	Não há recomendação específica sobre doses semanais	Pelo menos 400 UI/dia
1-12 anos	3000-6000 UI, por 12 semanas		Pelo menos 600 UI/dia
> 12 anos	6000 UI, por 12 semanas		Pelo menos 600 UI/dia
Endocrine Society Clinical Practice Guidelines (2011)			
< 1 ano	2000 UI, por 8-12 semanas	50.000 UI, por 6-8 semanas	400-1000 UI/dia
1-18 anos	2000 UI, por 8-12 semanas	50.000 UI, por 6-8 semanas	600-1000 UI/dia
> 18 anos	6000 UI, por 6-8 semanas	50.000 UI, por 6-8 semanas	1500-2000 UI/dia

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

10 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

A depressão, a ansiedade e a somatização assim como insônia está entre as síndromes psiquiátricas mais frequentes na população geral e na atenção primária.

Para muitos autores, essas síndromes podem ser agrupadas em uma única categoria: os transtornos mentais comuns (TMC). Já há evidências suficientes para defender que os transtornos mentais comuns sejam tratados pela atenção primária. Elas favorecem intervenções complexas que sistematizem protocolos de conduta para equipes multidisciplinares.

10.1 Depressão

Depressão é uma alteração patológica, persistente e inadequada, do humor; é resultante da combinação de fatores ambientais (como álcool e ritmos biológicos) e individuais (como os relacionados a personalidade e relacionamentos), que desencadeiam a doença em indivíduos biologicamente vulneráveis.

Em medicina de família, a maioria dos transtornos de humor apresenta uma combinação de depressão e ansiedade, e se apresenta mais com queixas somáticas do que psicológicas. Quando sintomas depressivos forem acompanhados por sintomas ansiosos, a prioridade deve ser tratar a depressão, o que também pode reduzir a ansiedade.

Algumas apresentações comuns para depressão são:

- Múltiplas queixas somáticas, ganho ou perda de peso, déficit cognitivo leve;
- Múltiplas visitas médicas (>5/ano); problemas em mais de um sistema corporal,
- Com ausência de achados físicos;
- Fadiga (até 39% podem ter um transtorno do humor);
- Disfunção no trabalho ou nos relacionamentos/mudança nas relações interpessoais;
- Distúrbios do sono.

Um evento vital maior, como separação, perda de emprego ou de ente querido, precede o primeiro episódio depressivo em 40 a 60% dos usuários.

10.1.1 Avaliação e Diagnóstico

Conforme o CID 10 (F32) nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: **leve, moderado ou grave**, o usuário apresenta:

- Um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade;
- Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo;
- Observam-se em geral problemas do sono;

- Diminuição do apetite;
- Diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves.

O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido.

O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui episódios isolados de depressão:

- Psicogênica;
- Reativa;
- Reação depressiva.

Exclui: quando associados com transtornos de conduta em F91. (F92.0) transtornos (de):

- Adaptação (F43.2);
- Depressivo recorrente (F33.).

10.1.2 Infância e Adolescência

De modo geral, depressão em crianças e adolescentes mais jovens deve ser diagnosticada e manejada com apoio de profissional ou de serviço especializado em saúde mental. O sintoma fundamental de humor triste ou deprimido é comumente substituído por humor irritável e alteração do comportamento. Em pré-escolares, são frequentes sintomas somáticos (ex, dores abdominais), parada de crescimento, fácies tristonha, anorexia, hiperatividade, transtornos do sono e auto e heteroagressão.

Em escolares, pode haver também lentificação, distorções cognitivas de cunho autodepreciativo, pensamentos de morte, além de sintomas de ansiedade e transtornos de conduta. O mau desempenho escolar (piora em relação ao padrão anterior) é frequente e um dos principais indicadores. **É comum que a depressão em crianças, mal diagnosticada, seja confundida com transtorno de déficit de atenção.**

O suicídio é raro em menores de 12 anos, mas os pensamentos são frequentes.

Em adolescentes, os sintomas depressivos assemelham-se mais ao adulto, com a frequente substituição do humor triste por irritável, e é frequente a comorbidade com uso de substâncias psicoativas, o que pode confundir e dificultar a avaliação.

Intervenções psicoterápicas específicas são os tratamentos de escolha para casos leves e moderados. Importante o acompanhamento de familiar paralelo ao tratamento. Para casos graves, antidepressivos podem ser usados, mas sua eficácia é menor do que em adultos.

Sempre se deve pesquisar comorbidade e fazer diagnóstico diferencial com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos de conduta, transtornos de ansiedade e

transtorno afetivo bipolar, bem como pesquisar exaustivamente situações estressantes ocultas, **principalmente situações de abuso.**

Os fatores de risco a serem pesquisados são:

- História atual ou pregressa de doença mental séria ou depressão no período pós-natal;
- Tratamento prévio por profissional de saúde mental;
- História familiar de transtornos no período perinatal.

10.1.3 Gestação e Puerpério

Muitos sintomas (cansaço, letargia, labilidade emocional, mudança de apetite, diminuição do desejo sexual, distúrbios de sono) são comuns à depressão e à gestação, dificultando o diagnóstico. As características clínicas da depressão maior na gestação são idênticas às de outros períodos da vida da mulher. Em usuáries sem suporte social adequado, especialmente aquelas com outros filhos pequenos, o aumento da irritabilidade e de sintomas ansiosos é mais frequente.

O tratamento tem que envolver necessariamente o aumento do suporte familiar e social. Além disso, algumas doenças presentes na gestação (p. ex., anemia, diabetes gestacional e disfunção tireoidiana) também podem mascarar os sintomas da depressão e retardar o diagnóstico. Características clínicas que ajudam no diagnóstico incluem anedonia, sentimentos de culpa e desesperança, baixa autoestima e pensamentos de suicídio. Sintomas que interferem no funcionamento da usuária sugerem uma condição psiquiátrica que necessita de ajuda.

As decisões quanto ao uso de medicações psicotrópicas durante a gestação devem ser idealmente feitas antes da concepção. Dispositivos de apoio psicológico podem ser usados antes da concepção, de modo a facilitar a diminuição gradual da droga e sua posterior retirada, além do manejo de eventuais sintomas. A usuária deve ser observada durante toda a gestação.

Qualquer decisão de continuar ou iniciar o tratamento durante a gestação deve refletir a avaliação dos seguintes fatores:

- Risco do feto à exposição ao medicamento;
- Risco da doença não tratada para a mãe e para o feto;
- Risco de recaída associada à retirada de um tratamento de manutenção.

Durante o aleitamento todas as medicações são excretadas no leite materno e em graus variados. Fatores como a quantidade de droga no leite, a absorção, o metabolismo e a excreção pelo bebê, bem como a meia-vida e a presença de metabólitos ativos podem afetar o grau de exposição aos psicofármacos. Os riscos e benefícios do tratamento devem ser cuidadosamente avaliados para cada um dos pares mãe-bebê.

10.1.4 Idoso

Idosos em depressão têm alto risco de recorrência incapacidade crônica e mortalidade aumentada. A idade por si só não é fator de risco para depressão, mas situações como viuvez e doenças médicas com perda de autonomia aumentam a vulnerabilidade.

Depressão em idosos é particularmente subdiagnosticada e subtratada pelas diferenças na apresentação (mais sintomas somáticos), mas também por uma tendência a aceitar os sintomas depressivos como parte normal do envelhecimento.

A apresentação pode diferir pela maior ênfase em sintomas somáticos, como dores, tonturas, dispneia, palpitação. Outros sinais e sintomas comuns nos idosos são: energia e concentração reduzidas, transtornos do sono (insônia terminal, sono entrecortado), perda de apetite e perda de peso.

O déficit cognitivo pode ser facilmente confundido com demência (pseudo demência, própria da depressão), e podem ser necessários testes como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou um ensaio terapêutico com antidepressivos para se ter segurança do diagnóstico.

Em usuários com demência e outros distúrbios neurológicos como Parkinson e sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), a depressão responde a antidepressivos e deve ser tratada da mesma maneira que nos usuários sem demência da mesma faixa etária.

Idosos têm alto risco de suicídio e solidão é o principal motivo relatado para considerar a possibilidade de suicídio. Aqueles com perdas recentes, principalmente de cônjuge, e doenças médicas limitantes e incapacitantes, devem ser rastreados ativamente para depressão e suicídio.

10.1.5 Diagnósticos Diferenciais

- **Transtorno de Humor Bipolar:** avaliação de história prévia ou suspeita de episódio maníaco/hipomaníaco, inclusive na família (p. ex., euforia, gastos excessivos, irritabilidade intensa, ideias de grandeza);
- **Intoxicação por drogas ou medicamentos:** álcool, sedativos, metoclopramida, ranitidina, betabloqueadores, clonidina, metildopa, anticoncepcionais, corticóides, levodopa.
- **Abstinência de drogas:** nicotina, cafeína, álcool, sedativos, cocaína, anfetamina.
- **Tumores:** cerebral primário, neoplasia de pâncreas
- **Trauma:** contusão cerebral, hematoma subdural.
- **Infecções:** meningite, HIV, sífilis, endocardite, Infecção do Trato Urinário (ITU), pneumonia (principalmente em idosos)
- **Doenças vasculares:** AVC, vasculites
- **Doenças cardíacas:** baixo débito de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), HAS
- **Doenças metabólicas/endócrinas:** hipocalcemia e Vitamina D, doenças da tireóide ou adrenal, falência hepática ou renal, DM, uremia, deficiência de niacina (pelagra), de vitamina B12, anemia, síndrome de Cushing, doença de Addison, apneia do sono, intoxicação por metal pesado, síndrome paraneoplásica.
- **Doenças neurológicas:** epilepsia, estados pós-ictais, doenças desmielinizantes/neurodegenerativas, esclerose múltipla, Parkinson, demências.

10.1.6 Tratamento

10.1.6.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

Combinar mais de um componente na intervenção:

- Orientação e autoajuda;
- Monitoramento sistemático dos sintomas e aderência;
- Apoio nas tomadas de decisão relativas à medicação e supervisão de especialistas.

Oferecer cuidados de intensidade progressiva: Os tratamentos se iniciam com cuidados de baixa intensidade (atividade física em grupo, panfletos de autoajuda, grupos de apoio), passando por psicoterapia de grupo ou individual e evoluindo para o uso de antidepressivos, com supervisão especializada, caso necessário.

Oferecer alternativas para os usuários que rejeitam tratamentos usuais, por exemplo: grupos de educação em saúde ou grupos de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência. É importante que esses grupos não sejam direcionados nem divulgados apenas para portadores de um diagnóstico.

Trabalhar em equipe: Todos os integrantes das equipes de saúde da família e CAPS, podem assumir papéis no monitoramento de sintomas e da adesão.

Adequar a intervenção ao contexto do território: Diferenças culturais influenciam a apresentação psicopatológica dos sintomas e a aceitação e resposta aos tratamentos propostos. As intervenções propostas também precisam ser aceitáveis para os profissionais da atenção primária que irão implantá-las.

10.1.6.2 Tratamento Medicamentoso

A Organização Mundial da Saúde é categórica ao afirmar que não se devem usar antidepressivos ou benzodiazepínicos em tratamentos iniciais, para indivíduos com queixas ou sintomas depressivos subliminares, na ausência de um transtorno ou de um episódio depressivo atual, ou na ausência de história prévia de episódios depressivos maiores bem caracterizados.

Em casos mais complexos, a terapia ocupacional e outras intervenções psicossociais breves podem dar apoio e capacidade de expressão ao usuário, nos casos em que as queixas subliminares são excessivamente repetidas. As psicoterapias têm efeitos significativos.

Contudo, considera-se o uso de antidepressivos quando, em um quadro depressivo atual:

- Identifica-se uma história pregressa de depressão severa ou moderada ou ocorre uma apresentação de sintomas depressivos, mesmo que subliminares, presente por um longo período (dois anos, pelo menos) ou;
- Ainda quando uma depressão moderada ou sintomas depressivos subliminares persistem após outras intervenções (psicossociais, de aconselhamento, psicoterápicas, etc.).

Os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) têm um perfil de efeitos adversos mais favoráveis e eficácia comparável com relação aos antidepressivos tricíclicos (ADTC); em usuários menos graves, e, portanto, mais sensíveis aos efeitos adversos, isso pode levar a uma

menor taxa geral de abandonos por efeitos colaterais, sendo, portanto, recomendados inicialmente nos casos leves a moderados (p. ex., fluoxetina 20-40mg/dia).

Usuários que têm boa resposta inicial a doses baixas de tricíclicos (equivalentes a 75-100mg de imipramina) podem ser mantidos assim, com monitoração cuidadosa; aumentos de doses geralmente não aumentam a eficácia por gerarem abandonos pelos efeitos adversos. Doses menores do que 75mg são geralmente ineficazes para tratamento de depressão. A amitriptilina (25-50 mg/dia) é, ainda, o padrão ouro dos antidepressivos, especialmente para as depressões ansiosas acompanhadas de insônia.

O tempo mínimo de resposta a ser esperado é de 30 dias, podendo ser feito ajustes de dose em intervalos de 30 em 30 dias, caso haja resposta parcial dos sintomas.

Benzodiazepínicos, isolados ou em combinação, não são indicados como tratamento na depressão leve, podendo inclusive piorar os resultados a médio e longo prazo

Há cuidados a serem tomados, na escolha dos antidepressivos, se o sujeito apresenta alguma doença física de base:

- Os ISRS podem piorar os sintomas parkinsonianos, e por isso são indicados os tricíclicos para estes usuários;
- Os tricíclicos diminuem o limiar convulsivo e, por isso, em usuários com risco de convulsões devem ser usados os ISRS;
- A fluoxetina inibe o sistema enzimático de citocromos no fígado e pode levar a aumento da concentração sérica de antiarrítmicos e betabloqueadores. Por este motivo, em usuários fazendo uso de várias medicações está indicada a troca para compatibilização. Em caso de não se poder trocar os antiarrítmicos e betabloqueadores, os tricíclicos teriam menor risco de interação do que a fluoxetina;
- Se o usuário tem dor neuropática pode ter alívio da mesma com o uso de baixas doses de tricíclicos (mas não com os ISRS);
- Os tricíclicos podem levar a aumento do desejo por doces, aumento de peso e hiperglicemia, devendo ser usados com cuidado em diabéticos;
- Os ISRS aumentam a chance de sangramentos, tendo trabalhos que já comprovam sua associação com maiores riscos de hemorragia digestiva alta;
- Os tricíclicos, devido aos seus efeitos anticolinérgicos podem levar a: aumento da pressão intra-ocular sobretudo naqueles com glaucoma de ângulo estreito, retenção urinária nos que têm hipertrofia prostática e constipação, sendo problemático sobretudo em usuários com doença diverticular.

Tratamento Medicamentoso na Infância e Adolescência: Fluoxetina têm aprovação da *Food and Drug Administration* (FDA) no tratamento de depressão maior em adolescentes. Efeitos colaterais comuns observados com esse fármaco incluem dor de cabeça, sintomas gastrintestinais, sedação e insônia.

Doses iniciais de ISRSs para crianças pré-púberes são menores do que as recomendadas para adultos, mas adolescentes são em geral tratados com as mesmas dosagens indicadas para adultos.

Os ISRS são os medicamentos mais seguros e com alguma evidência de eficácia em crianças e adolescentes. Em adolescentes pode-se usar fluoxetina, iniciando com doses de 10 mg e passando a 20mg de acordo com a tolerância. **Os tricíclicos têm pouca eficácia em adolescentes.**

Um possível efeito colateral dos ISRSs em crianças deprimidas é a ativação comportamental, ou a introdução de sintomas hipomaníacos. Nessas situações, os medicamentos devem ser interrompidos para determinar se a ativação resolve com a descontinuação ou se evolui para um episódio hipomaníaco ou maníaco. Ativação devido a ISRSs, contudo, não serve necessariamente para predizer um diagnóstico de transtorno bipolar.

Com base em dados longitudinais disponíveis e no histórico de depressão maior em crianças e adolescentes, as recomendações atuais incluem manter o tratamento com antidepressivos por 6 meses para crianças que obtiveram boa resposta e retirada gradualmente.

A FDA colocou um alerta “tarja preta” alertando para antidepressivos, incluindo todos os agentes ISRS, usados no tratamento de qualquer transtorno infantil, devido a preocupações sobre o aumento no número de suicídios; todavia, nenhum estudo individual sobre depressão infantil encontrou aumento significativo em termos estatísticos sem ideias ou comportamentos suicidas.

Manejo de episódio depressivo unipolar:

- Quadros leves: medidas de suporte ou tratamento psicossocial, se disponível. Caso não haja resposta em 4 a 6 semanas: psicoterapia e medicação.
- Quadros moderados: medidas de suporte ou tratamento psicossocial, se disponível; em alguns casos, medicação. A medicação também deve ser usada se os pacientes não se beneficiarem após 4 a 6 semanas de medidas de suporte ou tratamento psicossocial.
- Quadros graves: tratamento psicossocial junto com medicação.
- Depressão psicótica: tratamento de quadro grave, mas adiciona antipsicótico de segunda geração.

Tratamento Medicamentoso na Gestação e Puerpério: Se optar por prescrever um antidepressivo **durante a gestação**, a **fluoxetina é o que tem menos riscos conhecidos**. Os tricíclicos também podem ser utilizados, sem aumento de risco de malformações. Todos os antidepressivos podem causar sintomas discretos de abstinência e de toxicidade no neonato (irritabilidade, choro, flacidez, inquietação, tremor, dificuldades com sono e alimentação), mas estes geralmente são leves e transitórios.

Quanto ao uso **durante a lactação**, os efeitos dos antidepressivos no bebê são menos conhecidos, sendo os mais estudados e considerados seguros os tricíclicos, preferencialmente em dose única ao deitar. Os efeitos colaterais, como sedação e irritabilidade, devem ser pesquisados no bebê.

Benzodiazepínicos podem ser prescritos apenas em casos de agitação ou ansiedade intensa e por curtos períodos, pelos riscos de fenda palatina e síndrome do bebê flácido (*floppy infant*). Mulheres que engravidam quando em uso de benzodiazepínicos devem retirá-los gradativamente, substituindo-os por outras estratégias de manejo de ansiedade.

Tratamento Medicamentoso para o Idoso: O tratamento psicofarmacológico da depressão no idoso depende essencialmente do perfil de tolerabilidade do usuário em relação aos antidepressivos.

Os ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) como a Fluoxetina constituem a primeira escolha.

Em geral, os antidepressivos tricíclicos não constituem a primeira escolha para usuários idosos devido aos efeitos adversos, principalmente anticolinérgicos. Quando for necessário prescrever medicamento dessa classe, recomenda-se a **amitriptilina**, iniciando-se com baixas doses e com elevação cautelosa das mesmas.

Deve-se ter atenção para os efeitos adversos dos medicamentos prescritos e para o risco de interação medicamentosa. Devido à presença de várias enfermidades que comumente acometem os idosos, eles tendem a fazer uso de vários medicamentos, com risco elevado de interação medicamentosa com potencialização de efeitos adversos.

Cuidado especial deve-se ter ao prescrever diazepam, que se acumula nos tecidos lipofílicos e pode ter uma meia vida de 4 a 5 dias em idosos, gerando aumento progressivo de efeito e **risco de ataxia, sonolência, confusão, quedas e déficit cognitivo**. A fluoxetina também pode se acumular com o tempo de uso e ter seu efeito (e toxicidade) aumentado após várias semanas de uso, devendo-se ter cautela com a dose utilizada.

Especialmente, devem-se evitar drogas que produzam ou potencializem efeitos anticolinérgicos, hipotensão postural, distúrbios do sistema de condução cardíaca e *delirium*.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

10.2 Ansiedade

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é uma situação comum, caracterizada por preocupação excessiva e crônica sobre diferentes temas, associada à tensão aumentada. É o transtorno de ansiedade mais comum na atenção primária, estando entre os dez motivos gerais mais comuns de consulta.

10.2.1 Avaliação e Diagnóstico

Conforme a CID-10 (F41) ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem:

- Nervosismo persistente;
- Tremores;
- Tensão muscular;
- Transpiração;
- Sensação de vazio na cabeça;
- Palpitações;
- Tonturas e desconforto epigástrico.

Pelo menos três de seis sintomas precisam estar presentes para um diagnóstico:

- Inquietação ou nervosismo;
- Fadiga;
- Perda de concentração;
- Irritabilidade;
- Tensão muscular;
- Sono perturbado.

Medos de que o usuário ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos. Sua sinonímia inclui estado ansioso, neurose ansiosa e reação de angústia. Deve ser diferenciado da neurastenia, codificada em outra seção.

O diagnóstico deve avaliar, portanto, se há desproporcionalidade, interferência muito incômoda, diminuição de capacidades, prejuízos atuais e cronificação. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial de uma angústia normal, advinda de situações causadoras de sofrimento, das condições neuróticas, vinculadas a predisposições e a características particulares da personalidade, montadas na infância.

A equipe de saúde deve pesquisar ansiedade em usuários com:

- Múltiplas consultas médicas (mais de cinco por ano);
- Muitos sintomas físicos sem origem explicada, principalmente aqueles devido a hiperatividade autonômica e tensão muscular;
- Dificuldades no trabalho e nas relações interpessoais;
- Fadiga, alteração de peso e problemas de sono.

O processo diagnóstico necessita de informações sobre a história pessoal, medicações em uso (inclusive auto-medicação), antecedentes dos tratamentos prévios e respostas a eles, uso de substâncias psicoativas (nicotina, álcool, cafeína, drogas recreativas), comorbidades clínicas, funcionamento pessoal diário, vida social, manutenção de estressores crônicos e desenvolvimento de sintomas fóbicos e evitativos.

Algumas perguntas podem ajudar na avaliação inicial do grau de ansiedade:

- Você se considera muito preocupado?

- Você já teve ataques de pânico?
- Existem lugares ou situações que você evita?
- Como a ansiedade e a evitação afetam sua vida?

Um cuidado que a equipe de saúde, na atenção primária precisam ter é o de não se apressar para fazer o diagnóstico. Na ansiedade, como na depressão, há riscos de fazer identificações equivocadas (falsos positivos).

Em caso de efetivo diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada deve haver diálogo com o usuário sobre o tema, em linguagem pouco medicalizadora e não biologicista, tão logo possível, para ajudar as pessoas a entender o problema, a se responsabilizar por ele, a repensar suas pautas de relacionamento com pessoas e situações.

Encaminhar usuário para Equipe de Saúde Mental na Atenção primária referência da Unidade de Saúde.

A medicalização excessiva provoca consumo abusivo e contraproducente de serviços de saúde, fazendo declinar a capacidade de enfrentamento autônomo do cidadão. Nesta situação, ele corre o risco de deixar ao médico a obrigação, fantasiosa, de conseguir um remédio que extinga, magicamente, a causa dos sintomas. É comum que tais usuários, sem se preocupar em buscar um sentido para seu sofrimento, visitem vários médicos, exigindo remédios que trocam seguidamente, por dificuldade de entenderem os fatores pessoais, psíquicos e relacionais envolvidos.

10.2.2 Infância e Adolescência

As crianças com transtorno de ansiedade generalizada geralmente demonstram medos excessivos, preocupações ou sentimentos exagerados e irracionais a respeito de situações triviais, são tensas, inseguras e excessivamente sensíveis a quaisquer situações provocadoras de ansiedade.

São crianças muito preocupadas com o julgamento de terceiros em relação a seu desempenho em diferentes áreas e necessitam exageradamente que lhes renovem a confiança, que as tranquilizem. Apresentam dificuldade para relaxar, queixas somáticas sem causa aparente e sinais de hiperatividade autonômica (ex. palidez, sudorese, taquipneia, tensão muscular e vigilância aumentada).

Tendem a serem crianças autoritárias quando se trata de fazer com que os demais atuem em função de tranquilizá-la. Tornam-se crianças difíceis, pois mantêm o ambiente o seu redor tenso provoca irritação nas pessoas de seu convívio pelo absurdo da situação, sendo difícil acalmá-las e ter atividades rotineiras ou de lazer com elas.

O início destas condutas ansiosas é insidioso. Muitas vezes os pais têm dificuldade para precisar quando começaram, mas sentem seu agravamento gradual, à intelerabilidade, quando, então, buscam atendimento.

10.2.3 Gestação e Puerpério

Algumas mulheres podem vivenciar a gravidez como uma fonte de felicidade, satisfação e autorrealização, outras, porém, podem vivenciar, neste momento, alterações em sua saúde mental, como o desenvolvimento de ansiedade.

A evidência sobre a ansiedade pré-natal ainda é relativamente limitada quando comparada à depressão pré-natal. Ainda que os índices de ansiedade materna durante a gravidez sejam heterogêneos, sintomas de ansiedade e distúrbios são comuns no período perinatal, e os sintomas podem variar de leve a grave.

As evidências sugerem que a probabilidade de sofrer ansiedade na gravidez aumenta em caso de comorbidade psiquiátrica, eventos estressantes, vulnerabilidade social, histórico de aborto espontâneo, morte fetal, parto prematuro ou morte neonatal precoce, histórico prévio de doença mental e uma história de tratamento psiquiátrico durante uma gravidez anterior ou em qualquer momento da vida.

10.2.4 Idoso

Os transtornos de ansiedade são comuns e causam grande impacto nos idosos. Com as mudanças na demografia da população em geral, os transtornos de ansiedade na terceira idade se tornaram uma fonte de alto custo pessoal e social. No entanto, sua detecção e seu diagnóstico são complicados por comorbidades clínicas, declínio cognitivo e alterações nas circunstâncias da vida que não são enfrentados por grupos etários mais jovens. Além disso, a expressão e o relato dos sintomas de ansiedade podem diferir com a idade.

A prevalência estimada desses transtornos na terceira idade varia de 3,22 a 14,2%.³ Com relação aos diagnósticos específicos, a prevalência de ansiedade generalizada varia de 1,2 a 7,3%.

A alta comorbidade de ansiedade com a doença médica é multidimensional. A ansiedade é uma síndrome complexa e pode ser uma reação a uma doença médica, ser expressa como sintomas somáticos, ou ser um efeito colateral de medicamentos. **Estudos descobriram uma associação entre ansiedade e doenças médicas**, como diabetes, demência, doença coronariana, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença de Parkinson. Além disso, pelo menos um estudo observou que a ansiedade está associada com maior risco de morte por todas as causas em pessoas com idade a partir de 75 anos.

10.2.5 Diagnósticos Diferenciais

- **Outros transtornos psiquiátricos:** Pânico, TOC, TEPT, fobias, depressão, transtorno de humor fase maníaca, início de surto psicótico, transtornos de personalidade.
- **Doenças cardiovasculares:** Anemia, angina, insuficiência cardíaca congestiva, estados adrenérgicos hiperativos, hipertensão, prolapso da válvula mitral, infarto do miocárdio, taquicardia atrial paradoxal.
- **Doenças pulmonares:** Asma, hiperventilação, embolia pulmonar.

- **Doenças neurológicas:** Doença cerebrovascular, epilepsia, doença de Huntington, doença de Ménière, enxaqueca, esclerose múltipla, acidente vascular isquêmico, transitório, tumor, doença de Wilson.
- **Doenças endócrinas:** Doença de Addison, síndrome carcinoide, síndrome de Cushing, diabetes, hipertireoidismo, hipoglicemia, hipoparatiroidismo, distúrbios da menopausa, feocromocitoma, síndrome pré-menstrual.
- **Intoxicações por drogas:** Anfetamina, nitrito de amilo, anticolinérgicos, cocaína, alucinógenos, maconha, nicotina, teofilina, antidepressivos (ISRS).
- **Abstinência de drogas:** Álcool, anti-hipertensivos, opiáceos e opioides, sedativo-hipnóticos
- **Outras condições:** Dor crônica, anafilaxia, deficiência de vitamina B12, desequilíbrios eletrolíticos, intoxicação por metais pesados, infecções sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, uremia.

10.2.6 Tratamento

10.2.6.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

Combinar mais de um componente na intervenção:

- Orientação e autoajuda;
- Monitoramento sistemático dos sintomas e adesão;
- Apoio nas tomadas de decisão relativas à medicação e supervisão de especialistas;
- Psicoterapia;
- Grupos ou Oficinas Terapêuticas;
- Atividade Física.

Oferecer cuidados de intensidade progressiva: Os tratamentos se iniciam com cuidados de baixa intensidade (atividade física em grupo, panfletos de autoajuda, grupos de apoio), passando por psicoterapia de grupo ou individual e evoluindo para o uso de antidepressivos, com supervisão especializada, caso necessário.

Oferecer alternativas para os usuários que rejeitam tratamentos usuais: por exemplo: grupos psicoeducacionais ou grupos de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência. É importante que esses grupos não sejam direcionados nem divulgados apenas para portadores de um diagnóstico.

Trabalhar em equipe: Todos os integrantes das equipes de saúde da família podem assumir papéis no monitoramento de sintomas e da aderência, além de oferecer e facilitar intervenções psicoterápicas de baixa complexidade.

Adequar a intervenção ao contexto do território: Diferenças culturais influenciam a apresentação psicopatológica dos sintomas e a aceitação e resposta aos tratamentos propostos. As intervenções propostas também precisam ser aceitáveis para os profissionais da atenção primária que irão implantá-las.

Em caso de dúvida pode-se solicitar segunda opinião formativa via Teleconsultoria/Teleregulação ou Matriciamento.

As seguintes recomendações gerais devem ser feitas a todos os usuários e familiares independente da prescrição de tratamento farmacológico:

- O usuário deve ser encorajado a praticar métodos de relaxamento diários para reduzir os sintomas físicos de tensão;
- O usuário deve ser encorajado a envolver-se em atividades prazerosas e exercícios físicos e a retomar atividades que foram úteis no passado;
- Identificar e desafiar preocupações exageradas ou pensamentos pessimistas podem reduzir os sintomas de ansiedade;
- Identificar eventos que desencadeiam preocupação excessiva pode ajudar a formular estratégias para reduzir a ansiedade;
- Discutir o que o usuário está fazendo para manejar as situações desagradáveis, identificando e reforçando atitudes que estão funcionando;
- Identificar algumas medidas específicas que o usuário pode tomar nas próximas semanas;
- Café, tabaco, bebidas alcoólicas, maus hábitos de sono e drogas ilícitas são fatores que podem piorar os sintomas.

Técnica de relaxamento respiração diafragmática: Esta técnica de respiração consiste em concentrar o ar na região do diafragma (músculo que fica na altura do estômago), fazendo a barriga estufar e voltar ao normal ao puxar e soltar o ar, respectivamente. Deve ser feita lentamente, geralmente usando uma contagem até 3 para inspirar e até 6 para expirar.

- Dirigir o ar inspirando para a parte inferior dos pulmões;
- Colocar uma mão a baixo do umbigo e a outra em cima do estômago;
- Dirigir o ar para a parte inferior do abdômen, levantando a mão colocada abaixo do umbigo;
- Tentar não levantar o peito ou a mão em cima do estômago;
- Sinta o movimento da sua barriga: Quando inspira, a barriga vai para fora. Quando expira, a barriga vai para dentro;
- Simule o movimento do diafragma com as mãos: Quando inspira, ponha os dedos para baixo, direitos. Quando expira, ponha os dedos para cima, em forma de cone;
- Sincronize os movimentos e faça a respiração diafragmática durante uns minutos.

10.2.6.2 Tratamento Medicamentoso

Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) representam tratamento sintomático útil nos quadros de ansiedade generalizada em adultos (**fluoxetina 20-60mg ou imipramina 75-200mg**). São eficazes, não levam à dependência ou sintomas de rebote e tratam as frequentes comorbidades.

Pessoas abaixo de 30 anos devem ser observadas quanto ao fato de estas drogas se associarem a um risco aumentado de pensamentos impulsivos e suicidas em uma minoria de

pessoas. Os usuários devem ser vistos novamente em uma semana e monitoradas para pensamento suicida e autolesão durante o primeiro mês de tratamento.

Estes fármacos apresentam um número elevado de interações medicamentosas, e deve-se fazer uma pesquisa sobre este aspecto ao introduzir ou descontinuar este ou outros medicamentos do esquema terapêutico do usuário.

Há cuidados a serem tomados, na escolha dos antidepressivos, se o sujeito apresenta alguma doença física de base:

- Os ISRS podem piorar os sintomas parkinsonianos, e, por isso são indicados os tricíclicos para estes usuários;
- Os tricíclicos diminuem o limiar convulsivo e, por isso, em usuários com risco de convulsões devem ser usados os ISRS;
- **A fluoxetina inibe o sistema enzimático de citocromos no fígado e pode levar a aumento da concentração sérica de antiarrítmicos e betabloqueadores.** Por este motivo, em usuários fazendo uso de várias medicações está indicada a troca para compatibilização. Em caso de não se poder trocar os antiarrítmicos e betabloqueadores, os tricíclicos teriam menor risco de interação do que a fluoxetina;
- Se o usuário tem dor neuropática pode ter alívio da mesma com o uso de baixas doses de tricíclicos (mas não com os ISRS);
- **Os tricíclicos podem levar a aumento do desejo por doces, aumento de peso e hiperglicemia, devendo ser usados com cuidado em diabéticos;**
- Os ISRS aumentam a chance de sangramentos, tendo trabalhos que já comprovam sua associação com maiores riscos de hemorragia digestiva alta;
- Os tricíclicos, devido aos seus efeitos anticolinérgicos podem levar a: aumento da pressão intra-ocular sobretudo naqueles com glaucoma de ângulo estreito, retenção urinária nos que têm hipertrofia prostática e constipação, sendo problemático sobretudo em usuários com doença diverticular.

Benzodiazepínicos, devem ser usados, preferencialmente, como coadjuvantes do tratamento, **por até 4 semanas**, depois das quais deve-se reduzir a dose e descontinuar gradativamente a medicação. Há perda da eficácia a longo prazo. Usar a menor dose eficaz no alívio da ansiedade.

As medicações com meia-vida mais longa são mais fáceis de retirar. Pode ocorrer piora da ansiedade após a retirada. Sempre alertar para o risco de dependência. Atenção para efeitos colaterais sobre o SNC (sedação, prejuízo da coordenação motora e da concentração, distúrbios de memória), principalmente em idosos e usuários de outros psicotrópicos.

Tratamento Medicamentoso na Infância e Adolescência: Uma metanálise de ensaios controlados, aleatórios, de agentes antidepressivos para ansiedade infantil oferece evidências de que ISRSs, são eficazes no tratamento de ansiedade infantil. **Com base nessas evidências, os ISRSs são a primeira escolha de medicação no tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes.**

A dosagem da **fluoxetina de 20 mg/dia**, é segura e efetiva para crianças com esses transtornos, sendo os efeitos colaterais menores, incluindo distúrbio gastrintestinal, dores de cabeça e sonolência.

Drogas tricíclicas não são mais recomendadas em razão de seus efeitos cardíacos adversos potencialmente graves.

Tratamento Medicamentoso na Gestação e Puerpério: Os inibidores seletivos da recaptura da serotonina (IRSS), em geral também têm tido sua segurança bem estabelecida ao longo do tempo.

A fluoxetina é largamente usada e tem risco B, alguma restrição ficaria por conta de sua meia-vida bastante longa, ou seja, numa eventual necessidade de retirada, a droga ainda permaneceria algum tempo no organismo.

Atualmente, muitos antidepressivos estão sendo estudados em relação à lactação, e os ISRS foram os menos presentes no leite materno.

Tratamento Medicamentoso para o Idoso: O tratamento psicofarmacológico da ansiedade no idoso depende essencialmente do perfil de tolerabilidade do usuário em relação aos antidepressivos.

Os ISRS (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) constituem a primeira escolha.

Em geral, os antidepressivos tricíclicos não constituem a primeira escolha para usuários idosos devido aos efeitos adversos, principalmente anticolinérgicos.

Quando necessário prescrever medicamento dessa classe, recomenda-se a **amitriptilina**, iniciando-se com baixas doses e com elevação cautelosa das mesmas.

Benzodiazepínicos apenas por curtos períodos e em baixas doses em momentos de agudização dos sintomas.

Deve-se ter atenção para os efeitos adversos dos medicamentos prescritos e para o risco de interação medicamentosa. Devido à presença de várias enfermidades que comumente acometem os idosos, eles tendem a fazer uso de vários medicamentos, com risco elevado de interação medicamentosa com potencialização de efeitos adversos.

Especialmente, devem-se evitar drogas que produzam ou potencializem efeitos anticolinérgicos, hipotensão postural, distúrbios do sistema de condução cardíaca e delirium.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

10.3 Transtornos Dissociativos, Conversivos e Somatoformes

São características destes transtornos as perturbações nas funções habitualmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente. O usuário que

apresenta este tipo de transtorno é extremamente sugestionável. Tem afetos e relações objetais pueris, valorizando as fantasias na tentativa de negar as realidades frustrantes ou penosas.

Tradicionalmente divididas em **conversão** (com sintomas atingindo funções físicas, como nas paralisias sem correlação neurológica, na cegueira funcional, etc.) e **dissociação** (sintomas atingindo a consciência, como os desmaios, as convulsões, as alterações de identidade, as amnésias, etc.), além de alguns outros quadros conexos. Estas manifestações ocorrem em pessoas predispostas.

Nos serviços de saúde delas, na maioria das vezes, não se mostram tão claras e assumem feições de **queixas somáticas polivalentes**, incongruentes do ponto de vista da anatomia e da fisiologia. Podem assumir também a forma de manifestação relacional, com labilidade afetiva.

Estima-se que cerca de 60 a 80% da população apresenta alguma queixa somática durante uma semana qualquer sem, entretanto, procurar auxílio médico. Quando um usuário procura um médico devido a um sintoma físico, em 20 até 84% dos casos não se encontra causa orgânica que explique sua queixa. No entanto, o transtorno de somatização tem sua prevalência de vida estimada entre 0,2 e 2%, já que se exigem critérios mais restritivos para o seu diagnóstico.

Todos estes quadros são de origem psicogênica. Em sua etiologia há fatores de ordem psicanalítica, vinculados a experiências dos primeiros cinco anos de idade. A escuta pelos profissionais da atenção primária, é algo fundamental para a formulação de ofertas e de soluções na assistência pública.

10.3.1 Avaliação e Diagnóstico

Conforme a CID-10 pode estar classificado nos seguintes códigos:

F44 Transtornos dissociativos [e de conversão]

Os transtornos dissociativos e os 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 (F45.0).

Há sempre a possibilidade de ocorrência numa data ulterior de um transtorno físico ou psiquiátrico grave.

Inclui: histeria, histeria de conversão, reação.

F45 Transtornos somatoformes: A característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar que os médicos nada encontram de anormal e afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica.

Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito.

Exclui:

- Arrancar-se os cabelos (F98.4);
- Disfunção sexual não devida a doença ou a transtorno orgânico (F52.-);
- Dislalia (F80.8);
- Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doenças ou transtornos classificados em outra parte (F54);
- Lalação (F80.0);
- Roer unhas (F98.8);
- Síndrome de Gilles de La Tourette (F95.2);
- Sucção do polegar (F98.8);
- Tiques (na infância e na adolescência) (F95.-);
- Transtornos dissociativos (F44.-);
- Tricotilomania (F63.3).

F45.0 Transtorno de somatização: Transtorno caracterizado essencialmente pela presença de sintomas físicos, múltiplos, recorrentes e variáveis no tempo, persistindo ao menos por dois anos.

A maioria dos usuários teve uma longa e complicada história de contato tanto com a assistência médica primária quanto especializada durante as quais muitas investigações negativas ou cirurgias exploratórias sem resultado podem ter sido realizadas.

Os sintomas podem estar referidos a qualquer parte ou sistema do corpo. O curso da doença é crônico e flutuante, e frequentemente se associa a uma alteração do comportamento social, interpessoal e familiar.

Quando o transtorno tem uma duração mais breve (menos de dois anos) ou quando ele se caracteriza por sintomas menos evidentes, deve-se fazer o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado (F45.1).

- Transtorno de Briquet;
- Transtorno psicossomático múltiplo.

Exclui:

- Simulador [simulação consciente] (Z76.5).

10.3.2 Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico diferencial deve ser feito, descartando possíveis problemas neurológicos ou endocrinológicos que possam ser confundidos com sintomas neuróticos. Como regra, porém, o diagnóstico é afirmativo, sobressaindo-se os aspectos psicógenos ou o formato neurótico da apresentação. Os sintomas devem ser avaliados num espectro que varia do normal ao patológico e do neurológico ao psicológico.

- **Outros transtornos psiquiátricos:** Pânico, TOC, TEPT, fobias, depressão, transtorno de humor fase maníaca, início de surto psicótico, transtornos de personalidade.
- **Doenças cardiovasculares:** Anemia, angina, insuficiência cardíaca congestiva, estados adrenérgicos hiperativos, hipertensão, prolapso da válvula mitral, infarto do miocárdio, taquicardia atrial paradoxal.
- **Doenças pulmonares:** Asma, hiperventilação, embolia pulmonar.
- **Doenças neurológicas:** Doença cerebrovascular, epilepsia, doença de Huntington, doença de Ménière, enxaqueca, esclerose múltipla, acidente vascular isquêmico, transitório, tumor, doença de Wilson.
- **Doenças endócrinas:** Doença de Addison, síndrome carcinoide, síndrome de Cushing, diabetes, hipertireoidismo, hipoglicemia, hipoparatiroidismo, distúrbios da menopausa, feocromocitoma, síndrome pré-menstrual.
- **Intoxicações por drogas:** Anfetamina, nitrito de amilo, anticolinérgicos, cocaína, alucinógenos, maconha, nicotina, teofilina, antidepressivos (ISRS).
- **Abstinência de drogas:** Álcool, anti-hipertensivos, opiáceos e opioides, sedativo-hipnóticos.
- **Outras condições:** Dor crônica, anafilaxia, Deficiência de vitamina B12, desequilíbrios eletrolíticos, intoxicação por metais pesados, infecções sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, uremia.

10.3.3 Tratamento

10.3.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

Combinar mais de um componente na intervenção:

- Orientação e autoajuda;
- Monitoramento sistemático dos sintomas e aderência;

- Apoio nas tomadas de decisão relativas à medicação e supervisão de especialistas.

Oferecer cuidados de intensidade progressiva: Os tratamentos se iniciam com cuidados de baixa intensidade (atividade física em grupo, panfletos de autoajuda, grupos de apoio), passando por psicoterapia de grupo ou individual e evoluindo para o uso de antidepressivos, com supervisão especializada, caso necessário.

Oferecer alternativas para os usuários que rejeitam tratamentos usuais, por exemplo: Grupos psicoeducacionais ou grupos de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência. É importante que esses grupos não sejam direcionados nem divulgados apenas para portadores de um diagnóstico.

Trabalhar em equipe: Todos os integrantes das equipes de saúde da família e CAPS, podem assumir papéis no monitoramento de sintomas e da aderência, além de oferecer e facilitar intervenções psicoterápicas de baixa complexidade.

Adequar a intervenção ao contexto do território: Diferenças culturais influenciam a apresentação psicopatológica dos sintomas e a aceitação e resposta aos tratamentos propostos. As intervenções propostas também precisam ser aceitáveis para os profissionais de saúde que a implantarão.

Em caso de dúvida pode-se solicitar segunda opinião formativa via Teleconsultoria/Teleregulação ou Matriciamento.

Recomendações Gerais

- **Leve em conta que a situação clínica pode ser agravada por proporcionar ao usuário o ganho secundário que ele ou ela está procurando.** Assim, o fornecimento de uma medicação pedida, cuja prescrição seja irracional, deve ser negado, com explicação plausível e amistosa, dando-se em troca a atenção e a escuta. Deve-se tomar cuidados, também no fornecimento de atestados por médico, por psicólogo, por fisioterapeuta, ou outros profissionais, avaliando o possível uso inadequado do documento;
- **Evite intervenções diagnósticas e terapêuticas invasivas;**
- A apresentação do diagnóstico ao usuário, se ele solicitar insistentemente, deve ser feita com muito tato, cuidando para não usar palavras que possam ser mal interpretadas ou possam ser sentidas como ofensivas;
- **Evite dar ao usuário a impressão de que o profissional crê não haver nada de errado com ele. É comum que tais usuários se queixem de que os profissionais não sabem diagnosticar seu problema e pensam que ele “não tem nada”;**
- Diminuir o tamanho do problema, dando a impressão, ao usuário, que o problema é sem importância, fará com que ele retorne ao serviço, ou busque outro serviço, com as mesmas queixas;
- **É adequado não discutir o diagnóstico com usuário no primeiro encontro. Com alguns usuários jamais se precisa tocar no diagnóstico. O diagnóstico tende a se tornar um rótulo inútil e até deletério se for muito comentado;**

- Tranquilizar o usuário de que os sintomas são reais, apesar da falta de um diagnóstico definitivo orgânico. Mostrar a ele que seria inútil fazer exames que não possam acrescentar nada à pesquisa do problema;
- **Evite ser seduzido pelo usuário para solicitar exames desnecessários, de forma irracional.** Muitos usuários desejam ser encaminhados, desnecessariamente, a tomografias, ressonâncias, PET Scans, exames laboratoriais;
- Cuidados também precisam ser tomados quando há uma demanda muito grande de exames físicos e toques do corpo, especialmente se o usuário está sozinho com o profissional, no consultório. **Fantasias de sedução sexual são frequentes nestes tipos de quadros;**
- Diante da resistência do usuário em aceitar que haja fatores emocionais ligados ao seu problema, fornecer exemplos comuns de emoções que produzem sintomas (por exemplo, estômago enjoado quando se fala na frente de uma plateia, coração acelerado se está enfrentando uma novidade, etc.);
- Fornecer exemplos de como o comportamento influencia comportamentos inconscientes (por exemplo, roer unhas se dar conta do que está fazendo);
- Fornecer garantia de que nenhuma evidência de um transtorno neurológico subjacente está presente com base no exame realizado e que o prognóstico para a recuperação é bom;
- Fornecer reforço positivo sempre que os sintomas melhorem espontaneamente;
- **Se necessário, informar aos usuários de que o profissional sabe que os sintomas não são voluntários e nem fingidos;**
- Podem ser fornecidas regularmente consultas breves, de acompanhamento, evitando que o usuário venha em crise, após ter desaparecido do serviço de saúde por meses;
- **Uma abordagem multidisciplinar para o tratamento do transtorno de conversão é benéfica;**
- O problema não é neurológico. Logo, a consulta com neurologista só é necessária na fase de estabelecimento do diagnóstico, se houverem dúvidas a respeito da diferenciação com possíveis doenças neurológicas a serem descartadas;
- A consulta com cardiologista somente deve ser incentivada se o usuário tem alterações episódicas de consciência devido à preocupação com a síncope cardiogênica, podendo-se necessitar de descarte de hipóteses cardiológicas;
- A consulta com fisioterapeuta pode ser indicada para aqueles com grande distúrbio motor ou da marcha, por tempo longo. O contato do clínico geral, do psicólogo ou do psiquiatra com o fisioterapeuta, esclarecendo sua opinião, é importante;
- **O encaminhamento a psicoterapia é favorável, especialmente nos casos mais graves, sempre que haja disponibilidade de psicólogo ou de psiquiatra na rede local. O ideal seria haver possibilidade de acompanhamento regular com psicólogo.**

10.3.3.2 Tratamento Medicamentoso

O uso de psicofármacos é indicado apenas na presença de outros transtornos mentais em comorbidade com o transtorno de somatização, conversão e dissociação. Mesmo nessa situação, a parcimônia deve ser a regra, em função da sensibilidade aumentada a efeitos colaterais, **risco de abuso e dependência de benzodiazepínicos e a má resposta a antidepressivos. Não há indicação formal de nenhum psicofármaco ou tratamento biológico em usuários com histeria.**

Deve-se ter cuidado com as solicitações de medicamentos, especialmente de benzodiazepínicos, pois muitos usuários com sintomas neuróticos se tornam graves dependentes de tranquilizantes e aumentam as doses por conta própria. Muitos deles têm vários médicos ao mesmo tempo, em ambulatórios diferentes, garantindo receitas para poderem tomar doses muito além das receitadas.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

10.4 Insônia

Estudos epidemiológicos demonstram que aproximadamente um quarto dos adultos apresenta queixas relacionadas ao sono: dificuldades para iniciar ou manter o sono, despertar precoce, sonolência diurna, pesadelos e terror noturno, entre outras.

Trata-se de uma condição bastante prevalente na prática médica, já que aproximadamente 10% da população apresentam insônia crônica, e esse percentil atinge cerca de 35% nas formas agudas e transitórias.

Em geral, a maioria dos adultos dorme entre sete e oito horas por noite. Há ainda dois outros grupos de indivíduos normais que dormem menos ou mais do que essas sete e oito horas, e se sentem refeitos após uma noite de sono. Todos esses indivíduos apresentam padrões normais de sono. Além das variações individuais, sabe-se que a quantidade necessária de sono também oscila ao longo da vida: as crianças precisam de mais horas e os idosos, de menor quantidade de sono.

Estressores agudos, por exemplo, estresse no trabalho ou conflitos interpessoais, geralmente desencadeiam insônia aguda e muitas vezes é um fenômeno transitório, que é aliviado após a cessação do estressor.

A exposição ao estresse crônico também pode ser vista como uma causa subjacente para insônia crônica. Em muitos casos, fatores de perpetuação devem entrar em jogo durante a transição de insônia aguda para crônica.

Estratégias de enfrentamento inadaptadas são alguns fatores de perpetuação, por exemplo, tempo prolongado na cama ou dormindo para apanhar o sono perdido. Enquanto estes

comportamentos podem parecer razoáveis, eles podem reduzir o sono e levar a insônia crônica no longo prazo.

10.4.1 Avaliação e Diagnóstico

A insônia é a percepção subjetiva de insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono. Trata-se de um sintoma que engloba queixas como dificuldade para iniciar ou manter o sono, despertar precoce e incapacidade de voltar a dormir, além de sono não reparador. Acarreta comprometimento do alerta diurno e das funções cognitivas, gerando alterações de humor e decréscimo da qualidade de vida.

Os fatores de risco para insônia incluem sexo feminino, envelhecimento, presença de condições clínicas e psiquiátricas diversas, aposentadoria, ciclo sono-vigília irregular e trabalho em turnos alternado.

O diagnóstico de insônia não orgânica de acordo com a CID-10, baseia-se unicamente na experiência subjetiva de indivíduos com o transtorno. Nenhum critério quantitativo para a latência do sono, duração do sono, ou a frequência, ou duração dos despertares noturnos são necessários.

O termo insônia não orgânica refere-se ao fato de que este distúrbio do sono não tem uma desordem somática específica reconhecível no seu núcleo. Contudo, o uso deste termo foi discutido criticamente durante os últimos anos à luz de alterações neurobiológicas documentadas em usuários com insônia.

Quanto aos distúrbios do sono, podemos dividi-los didaticamente em quatro grandes grupos: o primeiro engloba transtornos que cursam com dificuldades para adormecer ou permanecer dormindo, que são as insônias (grupo A). O segundo (grupo B) é composto pelas patologias que dão sonolência excessiva durante o dia. O terceiro grupo engloba as alterações do ciclo sono/vigília (grupo C) e o quarto (grupo D) diz respeito às parassonias (sonambulismo, terror noturno, bruxismo, etc).

F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais: Em numerosos casos uma perturbação do sono é um dos sintomas de um outro transtorno mental ou físico. Saber se, num dado usuário, um transtorno de sono é uma perturbação independente ou simplesmente uma das manifestações de outro transtorno classificado em outra parte no Capítulo V ou em outros capítulos da CID-10 deve ser determinado com base nos elementos clínicos e da evolução, assim como a partir de considerações e de prioridades terapêuticas no momento de consulta. Como regra geral, este código deve ser utilizado juntamente com outros diagnósticos pertinentes que descrevem a psicopatologia e a fisiopatologia implicadas num dado caso, quando a perturbação do sono é uma das queixas preponderantes e quando é vista como uma afecção per se. Esta categoria compreende unicamente os transtornos do sono que são essencialmente imputáveis a fatores emocionais não-orgânicos e que não são devidos a transtornos físicos identificáveis classificados em outra parte.

Exclui: Transtornos de sono (de origem orgânica) (G47.)

F51.0 Insônia não-orgânica: Na insônia, o sono é de quantidade e de qualidade não satisfatórias; o transtorno de sono persiste durante um período prolongado; pode se tratar de uma dificuldade de adormecer, de uma dificuldade de permanecer adormecido ou de um despertar matinal precoce. A insônia é um sintoma comum a muitos transtornos mentais ou físicos e só deve ser aqui codificada (paralelamente ao diagnóstico principal) se domina o quadro clínico.

Exclui: Insônia (de origem orgânica) (G47.0)

F51.1 Hipersonia não-orgânica: A hipersonia é definida como uma afecção com estado de sonolência diurna excessiva e ataques de sono (não explicados por uma quantidade inadequada de sono) e, por outro lado, por períodos de transição prolongados, até o estado de vigília completo após o despertar. Na ausência de um fator orgânico que explica a ocorrência de uma hipersonia, este estado habitualmente se associa a um transtorno mental.

Exclui: Hipersonia (de origem orgânica) (G47.1) e narcolepsia (G47.4)

F51.2 Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos: Uma ausência de sincronidade entre o horário de vigília-sono e o horário vigília-sono apropriado ao ambiente de um indivíduo, resultando em queixas ora de insônia, ora de hipersonia.

Inversão psicogênica do ciclo (de): circadiano, nictemeral e sono.

Exclui: Transtornos do ciclo vigília-sono (de origem orgânica) (G47.2)

F51.3 Sonambulismo: O sonambulismo é uma alteração do estado de consciência, associando fenômenos de sono e de vigília. Durante um episódio de sonambulismo, o indivíduo se levanta do leito, em geral no primeiro terço do sono noturno, e deambula; estas manifestações correspondem a um nível reduzido de percepção do ambiente, reatividade e habilidade motora. Quando desperta, o sujeito comumente não se recorda do que aconteceu.

F51.4 Terrores noturnos: Constituem episódios noturnos de terror e pânico extremos associados a uma vocalização intensa, agitação motora e hiperfuncionamento neurovegetativo. O indivíduo se senta ou se levanta, comumente no primeiro terço do sono noturno com um grito de pânico. Frequentemente corre até à porta como se quisesse fugir; mas raramente deixa seu quarto. A lembrança do evento, se existe, é muito limitada (reduzindo-se em geral a uma ou duas imagens mentais fragmentárias).

F51.5 Pesadelos: O pesadelo é uma experiência de sonho carregada de ansiedade ou de medo que se acompanha de uma lembrança muito detalhada do conteúdo do sonho. Esta experiência de sonho é muito intensa e comporta em geral temas como ameaças à existência, a segurança ou à auto-estima. É frequente que os pesadelos tenham tendência a se repetir com temas idênticos ou similares. Os episódios típicos comportam certo grau de hiperatividade neurovegetativa, mas sem atividade verbal ou motora notável. Ao despertar, o sujeito se torna rapidamente alerta e bem orientado. Transtorno de angústia ligado ao sonho.

F51.8 Outros transtornos do sono devidos a fatores não-orgânicos

F51.9 Transtorno do sono devido a fatores não-orgânicos não especificados

Transtorno emocional do sono SOE

A delimitação temporal da insônia é fundamental na anamnese do usuário com tal queixa:

- **Insônia aguda inicial leve:** frequente com mínimo comprometimento da qualidade de vida do usuário.
- **Insônia intermediária moderada:** frequência diária, associada a comprometimento moderado da qualidade de vida e presença de sintomas, como irritabilidade, ansiedade, fadiga.
- **Insônia terminal severa:** ocorre toda noite, associada a moderado impacto na qualidade de vida do usuário e presença de sintomas severos (irritabilidade, ansiedade e fadiga)

Quando o sintoma ocorre por um período menor que quatro semanas, trata-se de insônia aguda ou transitória. É um fenômeno bastante comum, muitas vezes desencadeado por estressores vitais, categoria esta que engloba uma ampla gama de situações, como luto, doenças ou preocupações graves, entre outras. A insônia também pode acompanhar situações de intensa expectativa, excitação e alterações no horário de dormir (p. ex., alterações de fuso horário) ou ainda decorrer de outro sintoma, como dor, diarreia, prurido, tosse, etc.

As insônias crônicas apresentam curso cronológico superior a quatro semanas e, nesse caso, são de pequena relevância os fatores precipitantes. A avaliação desse tipo de insônia é mais complexa e, no geral, há evidências de condições perpetuantes e envolvimento de múltiplos fatores na geração do sintoma, habitualmente condições psiquiátricas, clínicas e de abuso de substâncias psicoativas. É frequente a ocorrência de um condicionamento negativo, que contribui para as dificuldades de sono (insônia psicofisiológica).

Na avaliação do usuário, é importante a diferenciação da insônia como um componente fundamental de uma síndrome ou como **manifestação secundária à presença de outras patologias médicas ou psiquiátricas, ressaltando-se o fato de que a própria insônia é preditora de transtornos mentais**, como depressão e ansiedade, entre outros. A busca de um diagnóstico etiológico adequado é prioridade, e a utilização de informações complementares obtidos com o parceiro ou com familiares do usuário pode contribuir para tal êxito.

Além disso, deve-se perguntar, ainda, sobre fatores de melhora e piora da insônia e buscar correlações com certas atividades do usuário, questionando se há flutuação da intensidade do sintoma nos períodos de descanso. Também é interessante avaliar a higiene do sono, delimitando atividades de vida diária que são inconsistentes com a manutenção de uma boa qualidade de sono e com o alerta diurno.

10.4.1.1 Polissonografia

A polissonografia (PSG) é o registro de diversos parâmetros fisiológicos relativos ao sono (como tempo total de sono, duração e proporção dos estágios do sono, latência para início do sono, latência para início do sono REM e demais estágios, eficiência do sono, etc.) e também o registro da respiração, frequência cardíaca, ritmo cardíaco e de movimentos periódicos durante o sono. Tal registro é realizado durante uma noite inteira de sono.

As indicações para a solicitação de uma PSG incluem a suspeita de condições intrínsecas ao sono (apneia do sono e transtorno de movimentos periódicos do sono), insônia de etiologia

indefinida, suspeita de parassonias e falha na resposta ao tratamento instituído. Também pode ser útil no planejamento do tratamento, a partir da obtenção de informações fisiológicas adicionais.

10.4.1.2 Insônia da Apneia do Sono

A apneia do sono é a interrupção do fluxo de ar pelo nariz ou pela boca por período maior que 10 segundos. Somente é considerada patológica quando a frequência é superior a cinco episódios apneicos por hora ou 30 episódios por noite.

Pode ser central (quando não há fluxo de ar nem esforço respiratório dos músculos do diafragma e intercostais), obstrutiva (cessa o fluxo de ar, mas os esforços respiratórios aumentam, indicando uma obstrução das vias aéreas ao fluxo de ar) ou mista (envolve elementos do tipo central e do tipo obstrutivo).

As apneias cessam geralmente com um breve despertar, produzindo assim a sensação de despertar frequente ou de não estar dormindo, além da queixa de insônia. Em geral, não há queixas respiratórias diretas, mas ocasionalmente os usuários podem referir problemas respiratórios e roncos, além de alterações de humor, de libido e cefaleia. Pode haver o relato, feito pelos parceiros, de roncos altos e intermitentes e respiração irregular.

Apesar de não ser comum, a apneia do sono do tipo central é causa de insônia crônica, especialmente em idosos. Sua incidência cresce com o avançar da idade e sua ocorrência pode ocasionar alterações cardiovasculares importantes. O diagnóstico é polissonográfico.

10.4.1.3 Hipersonia Primária e Narcolepsia

A característica fundamental da **hipersonia primária** é uma sonolência excessiva por um período mínimo de um mês. Pode ser diurna ou noturna (episódios prolongados de sono à noite) e **o sono é qualitativamente normal**.

Para o diagnóstico, é necessária evidência de comprometimento significativo no funcionamento social, ocupacional ou de outras áreas importantes da vida do indivíduo. Também se deve assegurar que a hipersonolência não é devida a outro transtorno do sono, transtorno mental, condições clínicas gerais, uso de substâncias ou quantidade inadequada de sono.

A narcolepsia apresenta as seguintes características fundamentais: ataques repetidos e irresistíveis de sono reparador (dois a seis por dia, que podem durar de um minuto a uma hora) nos últimos três meses, cataplexia (perda do tônus muscular, que dura, em geral, alguns segundos) e intrusões recorrentes de elementos do sono REM no período de transição entre o sono e a completa vigília que, em 20 a 40% dos usuários com narcolepsia, trazem a vivência de imagens oníricas ao adormecerem (alucinações hipnagógicas) ou ao despertarem (alucinações hipnopômicas). Após um ataque de sono irresistível, o nível de vigília do indivíduo se restabelece completamente, tendendo à diminuição algumas horas depois.

10.4.1.4 Parassonias

As parassonias representam a ativação de sistemas fisiológicos em momentos impróprios, durante o ciclo sono-vigília. Em geral, há o acionamento do sistema nervoso autônomo, sistema motor ou de processos cognitivos durante o sono ou na transição com a vigília.

Na polissonografia, pode-se observar, **no caso dos pesadelos**, despertares abruptos do sono REM que ocorrem, em geral, na segunda metade da noite. Uma leve excitação autonômica é observada, além de um aumento no número de movimentos oculares.

O terror noturno começa durante o sono NREM profundo (sono delta) e, portanto, está mais propenso a ocorrer na primeira terça parte da noite. O início dos episódios é prenunciado por um aumento de tônus muscular e de duas a quatro vezes na frequência cardíaca. O EEG normalmente mostra uma atividade teta ou alfa durante o episódio, indicando um despertar parcial.

O sonambulismo é caracterizado por comportamento motor complexo iniciado durante o sono, principalmente na primeira terça parte da noite (sono de ondas lentas – estágios III e IV NREM). O indivíduo apresenta uma redução do estado de alerta e da responsividade. No EEG, podem ser observados elementos de alerta, como atividade alfa, durante a fase de sono profundo. Os episódios de sonambulismo podem terminar em despertares espontâneos, seguidos de um breve período de confusão.

10.4.2 Infância e Adolescência

A insônia da criança pequena, definida como dificuldade repetida em iniciar e/ou manter o sono, é queixa frequente na clínica pediátrica e usualmente traz repercussões nos pais relativas à privação de sono.

A insônia infantil, em suas diversas formas, constitui claramente uma grande preocupação dos pais (e, portanto, dos profissionais de saúde). O sono inadequado, interrompido, de má qualidade, não repousante e às vezes ilusório é uma das queixas mais comuns apresentadas pelos pais aos pediatras e profissionais de pediatria.

Em contraste, a relação entre o sono insuficiente e perturbado e as muitas manifestações de sonolência são menos frequentemente reconhecidas pelos pais e, no entanto, contribuem significativamente para problemas de humor, de comportamento, acadêmico e de saúde na infância.

Na criança pequena, pode ocorrer insônia por higiene do sono inadequada, em geral associada a hábitos impróprios, como excesso de estimulação física, mental ou emocional próximo ao horário de recolher-se para dormir e falha no estabelecimento de horário e de rituais para o adormecer.

Em crianças de um a dez anos de idade, a quantidade de sono diminui com a idade e que, no desenvolvimento da criança, não há alterações que possam ser utilizadas como marcos da maturação do sono infantil. Aos 12 meses, 96% das crianças dormem entre 11 horas 40 minutos e 16 horas 50 minutos por dia, e que os pais devem ser orientados sobre as características individuais no sono das crianças, visto que tanto pode haver dormidores longos (aqueles que necessitam de maior número de horas dormidas por dia) quanto dormidores curtos.

A partir dos 5 anos, o sono noturno deve estar completamente consolidado, não ocorrendo mais despertares noturnos ou necessidade de sestas diurnas. Somente entre 5 e 10 anos de idade passa a ocorrer diminuição gradativa do tempo total em sono noturno.

Na pré-adolescência, observa-se, entre 11 a 13 anos, duração do sono noturno em torno de 9 horas/noite. Na adolescência, tende a ocorrer redução do sono noturno (média de 7 horas), variando entre 8,6 a 6,4 dos 14 aos 16 anos. Observa-se diferença nos dias com atividade escolar e fins de semana, sendo que o aumento do tempo total de sono nos fins de semana reflete a tendência de recuperação da privação de sono ocorrida nos dias letivos

Populações vulneráveis, como as de crianças com alto risco de problemas comportamentais e de desenvolvimento, devido à pobreza, a abuso de drogas e a doenças mentais dos pais, ou a violência doméstica, podem ter probabilidade ainda maior de uma “**dupla ameaça**” em consequência de problemas de sono. Em outras palavras, essas crianças não estão apenas sob maior risco de desenvolver problemas de sono em consequências de condições como ambiente doméstico caótico, **questões médicas crônicas como anemia por deficiência de ferro e negligência**; elas têm também menor probabilidade de ser diagnosticadas quanto aos problemas de sono por terem acesso limitado a serviços de atenção à saúde e por terem maior probabilidade de sofrer consequências mais graves dos problemas de sono do que seus pares menos vulneráveis. Crianças que têm comorbidade de distúrbios médicos, psiquiátricos e de desenvolvimento também correm mais risco de ocorrência e de consequências de problemas de sono.

Ao avaliar a queixa de distúrbio de sono de uma criança, deve-se levar em conta o ambiente em que ela vive e os valores da cultura de seus pais, além das características biológicas de cada criança.

Por ser a insônia das crianças pequenas motivo repetido de queixa, com ampla faixa de variação do sono normal para cada idade, **não-passível de medicação** sob protocolo seguro, passa ela a ser subavaliada, subdiagnosticada e torna-se fator de angústia profissional para o médico, que acaba por lançar mão de sua experiência pessoal para orientar os usuários.

Quando uma família procura um profissional com a queixa de que seu filho não dorme, sem sombra de dúvida devemos investigar sua condição física para afastar qualquer alteração dessa ordem. **Mas, já na primeira consulta, a anamnese deve ser completa**, isto é, considerar que a criança é corpo e mente e que as experiências pessoais e familiares do dia-a-dia têm uma grande influência em seu comportamento, sendo o sono uma das formas de sua manifestação.

Algumas condições clínicas que alteram o padrão de sono das crianças pequenas:

- Doenças agudas como otites, distúrbios respiratórios ou outras que cursem com dor e/ou desconforto. Costumam afetar a criança por tempo limitado, durante o período da doença. Quando diagnosticadas e tratadas, contribuem ao alívio do distúrbio de sono;
- Alergia ao leite de vaca, causando despertares frequentes, com ciclos de sono curtos e aumento do estágio 1 NREM;
- Doença do refluxo gastroesofágico, que costuma acordar a criança por dor, usualmente após a terceira hora de sono. A dor é aliviada quando se retira a criança do berço;

- Doenças neurológicas, nas quais o distúrbio de sono aparece como manifestação secundária.

10.4.3 Gestação e Puerpério

A gravidez é um momento ímpar, possui aspectos comuns a todas as mulheres, mas, apesar disto, a experiência de cada uma é exclusiva, especial no universo feminino, uma época de preparação física e psicológica para o parto e maternidade. **Neste período, ocorrem alterações na vida e no corpo da mulher. Dentre estas, verificam-se as do sono que podem causar repercussões não só em seu cotidiano, mas também no da família.**

No início da gestação, a mulher apresenta hipersonia com evolução para insônia e despertares frequentes no final do período gravídico, por causa das mudanças físicas da gravidez. A privação temporária ou crônica de sono pode resultar no aumento do risco de eventos adversos maternos, como: dificuldade para realização de tarefas do cotidiano, diminuição do desempenho no trabalho, irritabilidade, incapacidade de concentrar-se, inquietação, aumento da fadiga e diminuição na capacidade da mulher em suportar a dor.

No decorrer da gestação as modificações que ocorrem no organismo da gestante se intensificam devido à proximidade do parto. Estas acontecem de maneira intensa e rápida, o que, muitas vezes, não permite um tempo adequado para sua adaptação, tornando o último período gestacional, o que demanda maior atenção em relação à qualidade de sono.

Diante das alterações no padrão do sono das gestantes, identifica-se que o apoio, o encorajamento e as práticas educativas dos profissionais de saúde favorecem melhor adaptação da mulher a esta nova fase vivenciada que é a gestação, podendo, assim, reduzir significativamente os níveis de ansiedade, produzindo mudanças objetivas e subjetivas no padrão e na qualidade do sono de gestantes com insônia.

10.4.4 Idoso

O processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afetam mais da metade dos adultos acima dos 65 anos que vivem em casa e 70% dos institucionalizados, com impacto negativo na qualidade de vida.

Sabe-se que o número de despertares noturnos é maior em idosos, assim como o hábito de acordar mais cedo, quando comparados a adultos jovens. Por conseguinte, os idosos apresentam maior sonolência diurna. O ciclo sono-vigília na terceira idade, portanto, geralmente é fragmentado, com interrupções tanto do sono noturno quanto da vigília diurna.

Nessa população, também há uma tendência de deslocamento do ciclo de sono: em geral, dormem mais cedo à noite e despertam mais precocemente pela manhã, o que, às vezes, pode acarretar problemas. Em alguns idosos, a redução no tempo de sono ocasiona sonolência diurna e cansaço excessivo, os quais podem se tornar objeto de tratamento, medicamentoso ou não. Com o envelhecimento, recuperar-se de perturbações do ciclo sono-vigília tende a se tornar mais difícil. Características relativas ao gênero influem nas particularidades e alterações de sono em

idosos. Além disso, muitas medicações comumente prescritas para os idosos e muitas doenças podem perturbar o sono.

10.4.5 Diagnóstico Diferencial

- **Outros transtornos psiquiátricos:** Pânico, TOC, TEPT, fobias, depressão, transtorno de humor fase maníaca, início de surto psicótico, transtornos de personalidade.
- **Doenças cardiovasculares:** Anemia, angina, insuficiência cardíaca congestiva, estados adrenérgicos hiperativos, hipertensão, prolapso da válvula mitral, infarto do miocárdio, taquicardia atrial paradoxal.
- **Doenças pulmonares:** DPOC, embolia pulmonar.
- **Doenças neurológicas:** Doença cerebrovascular, epilepsia, doença de Huntington, doença de Ménière, enxaqueca, esclerose múltipla, acidente vascular isquêmico, transitório, tumor, doença de Wilson, **demências**.
- **Doenças endócrinas:** Doença de Addison, síndrome carcinoide, síndrome de Cushing, diabetes, hipertireoidismo, hipoglicemia, hipoparatiroidismo, distúrbios da menopausa, feocromocitoma, síndrome pré-menstrual.
- **Intoxicações por drogas:** Anfetamina, nitrito de amilo, anticolinérgicos, cocaína, alucinógenos, maconha, nicotina, teofilina, antidepressivos (ISRS).
- **Abstinência de drogas:** Álcool, anti-hipertensivos, opiáceos e opioides, sedativo-hipnóticos.
- **Outras condições:** Dor crônica, anafilaxia, deficiência de vitamina b12, desequilíbrios eletrolíticos, intoxicação por metais pesados, infecções sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, uremia.
- **Medicações:** Inibidores seletivos de recaptção de serotonina (fluoxetina, sertralina, etc.), outros antidepressivos (venlafaxina, bupropiona, inibidores da monoaminoxidase, etc), bloqueador de canal de cálcio, metilfenidato, hormônios tireoidianos, betabloqueadores, broncodilatadores, corticoides, (aminofilina, teofilina) anticonvulsivantes (fenitoína) anticoncepcionais orais, diuréticos (tiazídicos), descongestionantes.
- **A síndrome das pernas inquietas (SPI)** é uma disestesia, na qual o usuário tem sensações desagradáveis e inquietantes, geralmente na panturrilha, que são aliviadas pela movimentação das pernas. Caracteristicamente ocorre quando o usuário se deita para dormir, interferindo no adormecer (a queixa frequente é insônia inicial). **Assim sendo, não pode ser encarada como um transtorno verdadeiro do sono**, já que seus sintomas aparecem na vigília. O diagnóstico é clínico.

10.4.6 Tratamento

10.4.6.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

Combinar mais de um componente na intervenção:

- Orientação e autoajuda,
- Monitoramento sistemático dos sintomas e aderência,
- Apoio nas tomadas de decisão relativas à medicação e supervisão de especialistas.

Oferecer cuidados de intensidade progressiva:

Os tratamentos se iniciam com cuidados de baixa intensidade (atividade física em grupo, panfletos de autoajuda, grupos de apoio), passando por psicoterapia em grupo ou individual (cognitivo-comportamental, interpessoal) e evoluindo para o uso de antidepressivos, com supervisão especializada, caso necessário.

Oferecer alternativas para os usuários que rejeitam tratamentos usuais, por exemplo:

- Grupos psicoeducacionais ou grupos de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência;
- É importante que esses grupos não sejam direcionados nem divulgados apenas para portadores de um diagnóstico.

Trabalhar em equipe:

- Todos os integrantes das equipes de saúde da família podem assumir papéis no monitoramento de sintomas e da aderência, além de oferecer e facilitar intervenções psicoterápicas de baixa complexidade.

Adequar a intervenção ao contexto do território:

- Diferenças culturais influenciam a apresentação psicopatológica dos sintomas e a aceitação e resposta aos tratamentos propostos. As intervenções propostas também precisam ser aceitáveis para os profissionais da atenção primária que irão implantá-las.

Em caso de dúvida pode-se solicitar segunda opinião formativa via teleconsultoria/teleregulação ou matriciamento.

O tratamento dos usuários com insônia deve ser baseado na identificação e na terapêutica de condições de base geradora da alteração de sono, quando elas estiverem presentes, e nas medidas para a própria insônia. A abordagem da insônia é feita por meio de medidas de higiene do sono, técnicas cognitivo-comportamentais e medicações. **Como regra básica, sempre que se propõe o tratamento medicamentoso, deve-se instruir o usuário a respeito das técnicas não farmacológicas.** Também é bastante útil incentivar a prática regular de atividades físicas, que aparentemente está relacionada à melhora da qualidade do sono.

Higiene do Sono:

- **Nas três horas antes de dormir não faça refeições pesadas** nem beba muito líquido. Uma ceia leve pode ser útil. Evite dormir com fome. Coma algo (fruta, barra de cereais, etc.), se estiver com fome antes de dormir;
- **Faça exercícios** (caminhada, natação, bicicleta, etc.) regulares todos os dias (ou pelo menos 3 vezes por semana), por no mínimo 30min. **É aconselhável terminá-los pelo menos 4h antes de ir dormir.** Faça alongamento antes e após os exercícios e antes de dormir;

- **O álcool pode interromper o sono. Evite bebida alcoólica;**
- **Não fume depois das 7 da noite** ou, melhor ainda, pare totalmente com o hábito de fumar. Além de fazer mal à saúde, o fumo é excitante e dificulta o sono;
- **Evite qualquer cafeína** (café; chá preto, mate ou verde; coca; chocolate; guaraná; energéticos) por uma semana de teste; ou limite a cafeína em três xícaras, no máximo, até às 10hs da manhã;
- **Se estiver preocupado com problemas ou providências a serem resolvidos, anote-os numa agenda.** Depois disso, relaxe e deixe os seus problemas e os de outras pessoas completamente de lado. No dia seguinte, leia essas anotações e busque verificar quais são os seus limites e possibilidades de atuação, respeitando-os;
- **Use a cama para dormir:** não trabalhe ou realize outras atividades na cama (ver celular ou TV, por exemplo) que ocasionem um estado de alerta prolongado;
- **Mantenha seu quarto escuro, calmo, bem ventilado e com uma temperatura agradável durante a noite. Tampões de ouvido podem ser úteis;**
- Certifique-se de que o colchão e o travesseiro oferecem conforto e estão adequados;
- **Tenha um ritual antes de ir deitar** (banho morno, leitura, leite morno). Tome um banho quente ou uma bebida quente sem cafeína umas duas horas antes de ir dormir, se estiver frio. Tome um banho morno ou uma bebida refrescante sem cafeína, se a temperatura estiver elevada. Verifique o que o ajuda a relaxar e desligar dos problemas e repita nas noites seguintes;
- **Não fique na cama caso não esteja conseguindo dormir** (ou voltar a dormir). Evite ficar conferindo as horas no relógio. Levante-se e faça algo que já percebeu (através de experiências anteriores) que o faz relaxar e ter sono de novo. Só então volte para a cama;
- **Se você tiver de se levantar à noite, não se exponha a uma iluminação forte (ver celular ou TV);**
- **Levante-se sempre no mesmo horário, incluindo os finais de semana;**
- Após levantar-se pela manhã, exponha-se à luz (de preferência solar) por pelo menos 30 minutos. Se for ao sol em horários de risco, lembre-se do protetor solar;
- **Evite cochilos, exceto por um período de 10-15min, nas 8hs seguintes após ter acordado.**

Técnicas Comportamentais: As técnicas podem contribuir no reconhecimento e modificação de pensamentos e fatores de estresse que, eventualmente, exacerbam as alterações de sono. As técnicas comportamentais incluem restrição de sono (visando à redução do tempo gasto na cama sem dormir e à consolidação do sono nesse tempo), controle de estímulos (visando a associar a cama e a hora de dormir com o sono e não a tentativas frustradas de dormir) e técnicas de relaxamento (como o **relaxamento muscular progressivo e o biofeedback**).

O relaxamento muscular progressivo: É especialmente útil para aqueles que sentem tensão muscular. Estes devem tensionar (de 5 a 6 segundos) e depois relaxar (20 a 30 segundos) intencionalmente grupos musculares começando na cabeça e terminando nos pés.

Os usuários devem observar a diferença entre tensão e relaxamento. A imagem guiada os faz visualizar uma cena prazerosa e relaxante, envolvendo todos os seus sentidos.

Os exercícios de respiração são praticados por pelo menos 20 minutos por dia por duas semanas. Quando dominada, a técnica deve ser usada quando se estiver deitado, por 30 minutos. Se não funcionar, o usuário deve tentar de novo outra noite. **É importante que a técnica não fique associada com a incapacidade de dormir.**

O usuário é instruído a realizar respiração abdominal como segue. Ele deve ficar confortável com cada passo antes de passar para o próximo:

Primeiro, na posição supinada (deitado de barriga pra cima), o usuário deve respirar normalmente pelo nariz ou pela boca, o que for mais confortável, e prestar atenção a seu padrão de respiração.

Segundo, enquanto mantém esse ritmo, o usuário deve começar a respirar mais com seu abdome e menos com seu peito.

Terceiro, o usuário deve pausar por meio segundo após cada ciclo respiratório (inspira e expira) e avaliar a respiração. Qual é a sensação? Foi suave? Em algum momento, cada respiração se torna uniforme e suave.

Quarto, o usuário deve encontrar um lugar em que possa sentir melhor o ar entrando e saindo. Concentrar-se nesse momento e no ar entrando e saindo.

Quinto, o usuário deve visualizar pensamentos intrusivos como se estivessem flutuando para longe; se tiver muitos pensamentos, parar de praticar e tentar novamente mais tarde.

Abordagens comportamentais da insônia das crianças baseiam-se no restabelecimento do ritmo sono-vigília com o treinamento dos pais, que utilizam medidas comportamentais como sincronizadores externos do sono da criança ou intervenções para a correção do ritmo diário de sono.

Tais abordagens consistem no suporte aos pais para informá-los sobre a capacidade de o bebê autoconfortar-se e na educação dos pais com respeito às características de desenvolvimento de seus filhos.

Os hábitos para o sono devem basear-se nas medidas de higiene do sono:

- Estabelecer horário, rotinas e rituais consistentes para o sono;
- Evitar estimulação física, mental ou emocional perto da hora de dormir;
- Evitar oferecer alimentação durante a noite;
- Evitar dormir com alguma fonte luminosa durante toda a noite;
- É desejável que a criança habitue-se a adormecer sozinha, sem a presença do cuidador.

10.4.6.2 Tratamento Medicamentoso

O tratamento farmacológico das insônias transitórias e das insônias crônicas, em caráter temporário e/ou intermitente, associada a fatores estressantes pode ser feito com hipnóticos.

Em geral, medicamentos para dormir não devem ser prescritos por mais de duas semanas, em razão da tolerância e da abstinência que podem resultar. No entanto, a insônia normalmente retorna quando da descontinuação do medicamento.

Por muitos anos, **os benzodiazepínicos** foram os medicamentos sedativo-hipnóticos mais prescritos para tratar insônia. Os agonistas dos receptores benzodiazepínicos representam o padrão atual dos medicamentos sedativo-hipnóticos usados para esse tratamento. Os medicamentos para dormir de longa ação são melhores para insônia no meio da noite; os fármacos de curta ação são úteis para pessoas que têm dificuldade para pegar no sono.

O uso de antidepressivo pode ser interessante no tratamento das insônias crônicas, especialmente associadas a transtornos depressivos e ansiosos. Possuem propriedades sedativas os **antidepressivos tricíclicos (amitriptilina)**. Quando o objetivo é somente a sedação, a dose prescrita pode ser inferior à dose antidepressiva habitual. **Possuem baixo potencial de abuso e dependência e são medicações com perfil mais adequado ao uso prolongado.**

Diversos medicamentos sem prescrição médica usados para dormir também estão disponíveis. **Fórmulas sem prescrição incluem anti-histamínicos sedativos, precursores de proteínas e outras substâncias.**

O L-triptofano e a melatonina (que não se encontra na REMUME e são prescritos conforme critério médico) são os suplementos alimentares auto administrados mais famosos por aliviarem a insônia. O L-triptofano é um aminoácido precursor metabólico da serotonina e a melatonina é um hormônio endógeno produzido pela glândula pineal ligado à regulação do sono. A administração de L-triptofano e a melatonina exógena, contudo, mostrou resultados mistos na pesquisa clínica.

Os antipsicóticos também podem ser prescritos como medicamentos sedativos. São bastante úteis no tratamento da insônia associada a quadros psiquiátricos, mas ainda faltam evidências claras sobre o seu papel no tratamento da insônia crônica. **Alguns antipsicóticos com efeitos sedativos são a clorpromazina, a olanzapina, a risperidona e a quetiapina.**

Os anticonvulsivantes, como o **ácido valproico e a carbamazepina**, também possuem propriedades sedativas e podem ser usados como coadjuvantes no tratamento de determinadas causas de insônia crônica, principalmente em usuários com transtorno afetivo bipolar.

O tratamento da síndrome das pernas inquietas é feito com agentes dopaminérgicos como a L-dopa (formulação de liberação lenta) e anticonvulsivantes, como a gabapentina e o ácido valproico. Também parecem ser efetivos os benzodiazepínicos e os opioides.

Já a apneia do sono pode ser tratada com oxigênio suplementar e pressão positiva contínua nas vias aéreas por via nasal (CPAP). O CPAP é o tratamento utilizado para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), amplamente utilizado como recurso terapêutico, ele age aumentando a pressão positiva nas vias aéreas a níveis capazes de manter esta região aberta durante o sono,

quando existe a tendência de seu colapso, evitando desta forma as interrupções respiratórias. A indicação do uso do CPAP baseia-se em dados clínicos e exame de polissonografia. É necessário a polissonografia para verificar o grau de gravidade da SAOS. Segundo literatura constitui indicação para uso de CPAP, **usuários com SAOS de grau grave, com índice de apnéia e hipopnéia (AIH) maior ou igual a 30 eventos por hora.**

Com relação às hipersonias, o tratamento constitui-se primeiramente numa boa higiene do sono e em cochilos diurnos programados, duas a três vezes/dia. Estimulantes podem ser utilizados para o controle da sonolência diurna.

No tratamento das parassonias, o manejo terapêutico deve incluir uma investigação detalhada sobre as condições clínicas, afetivas e psiquiátricas do indivíduo, seu momento de vida e sobre possíveis medicações de que esteja fazendo uso (p. ex., a levodopa ou os bloqueadores beta-adrenérgicos podem induzir pesadelos). Abordagens cognitivo-comportamentais (dessensibilização, revivência do episódio) também podem ser tentadas.

Tratamento Medicamentoso na Infância e Adolescência

A revisão da literatura sugere que a terapia farmacológica na infância é efetiva somente em curto prazo. As intervenções comportamentais, conduzidas por terapeuta experiente, são mais efetivas que o tratamento medicamentoso, a curto e longo prazo.

A terapêutica medicamentosa da insônia na infância é bastante restrita. Os fármacos utilizados no manejo da insônia do adulto pertencem ao grupo dos hipnóticos benzodiazepínicos ou não-benzodiazepínicos não estão indicados para uso em Pediatria, e não existem estudos mostrando sua eficácia ou segurança em crianças.

O uso de terapia farmacológica alternativa, baseada em extrato de plantas naturais indutoras de sono, tais como valeriana, passiflora e aminoácidos (5-hidroxi-triptofano), tem sido usados em casos isolados. No entanto, até o momento não existem estudos controlados demonstrando sua real eficácia e segurança.

A opção de utilizar fármacos no tratamento da insônia em crianças deve ocorrer em casos muito bem selecionados, após o diagnóstico da causa da insônia e como coadjuvante de alguma das outras técnicas comportamentais acima discutidas. As opções disponíveis nessa faixa etária são limitadas a dois grupos de medicações: anti-histamínicos ou hidrato de cloral, lembrando que o seu uso deve ocorrer de forma transitória, nas primeiras 3 semanas de utilização das técnicas comportamentais.

Antidepressivos tricíclicos (imipramina) parecem ter bom resultado no tratamento de insônia associada ao TDAH, assim como inibidores da recaptção de serotonina (fluoxetina) atuam na insônia associada síndrome de Asperger ou ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Tratamento Medicamentoso na Gestação e Puerpério

Usuários que apresentem sintomas de insônia durante a gestação e puerpério, algumas medidas podem ser tomadas para evitar que os sintomas se agravem, tais como atividade física; melhora do padrão alimentar, com retirada de psicoestimulantes como a cafeína; higiene do sono;

técnicas de relaxamento; e, no início, algum tipo de psicoterapia. Essas estratégias podem atenuar os sintomas e devem fazer parte do planejamento terapêutico da maioria das usuárias.

São princípios gerais da prescrição de psicotrópicos à mãe durante a gestação e a lactação:

- Em cada caso, os benefícios da amamentação para a mãe e para a criança devem ser discutidos e esclarecidos ante o risco de exposição da criança a medicações;
- Prematuros ou crianças com algum distúrbio renal, hepático, cardíaco ou neurológico têm riscos maiores quanto à exposição a medicações;
- Crianças expostas a medicações devem ser monitoradas de perto quanto à presença de quaisquer efeitos adversos das medicações, bem como seus padrões de alimentação, crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor;
- O tratamento do transtorno psiquiátrico materno é sempre prioridade. É inapropriado interromper um tratamento para permitir a amamentação quando o transtorno mental for grave ou apresentar um alto risco de recaída;
- Caso a usuária tenha feito uso de um psicotrópico durante a gestação até o momento do parto, a continuação da medicação pode ser apropriada para que se minimizem os riscos de síndrome de retirada da medicação na criança;
- Mulheres recebendo quaisquer medicações com potencial sedativo devem ser orientadas a não dormir com o bebê em sua cama;
- Sempre que possível, tentar o uso da menor dose efetiva e evitar a poli-farmácia.

Benzodiazepínicos de meia-vida longa, devem ser evitados na gestação, especialmente no terceiro trimestre, por estarem associados a dificuldades neonatais (síndrome “*floppy baby*”) Risco de lábio leporino superior a dez vezes (de 0,06 para 0,7%) quando exposto no 1º trimestre. Durante a lactação, por estarem presentes no leite materno em níveis que variam de indetectável a 14% do nível sérico materno. **Qualquer criança exposta a benzodiazepínicos no leite materno deve ser monitorada quanto à presença de apneia e de depressão de sistema nervoso central.**

Já a **prometazina** tem sido usada na hiperêmese gravídica e parece não ter efeito teratogênico. Podem ser introduzidas, em casos mais severos, doses baixas de **clorpromazina ou amitriptilina**.

Não há dados publicados quanto ao uso de prometazina durante a lactação, e os fabricantes não fornecem aviso específico quanto ao seu uso nesse período.

Tratamento Medicamentoso para o Idoso

Em idosos, há que se ter muito cuidado na seleção do medicamento para tratamento da insônia. Deve-se considerar sempre o risco/benefício e ter especial atenção com efeitos colaterais, que são especialmente perigosos para essa faixa etária (p. ex., tontura, hipotensão postural e sedação com risco de quedas e fraturas, sobretudo à noite; agravamento de sintomas comportamentais; declínio cognitivo; interação com outros fármacos em uso).

A seguir, alguns princípios gerais que devem nortear o uso judicioso de medicamentos:

- Usar a menor dose eficaz possível;
- Usar doses intermitentes (2 a 4 vezes por semana);

- Prescrever medicamentos em curto prazo de tempo (não mais que 3 e 4 semanas);
- Descontinuar o medicamento gradualmente;
- Ficar alerta sobre a insônia de rebote após descontinuidade.

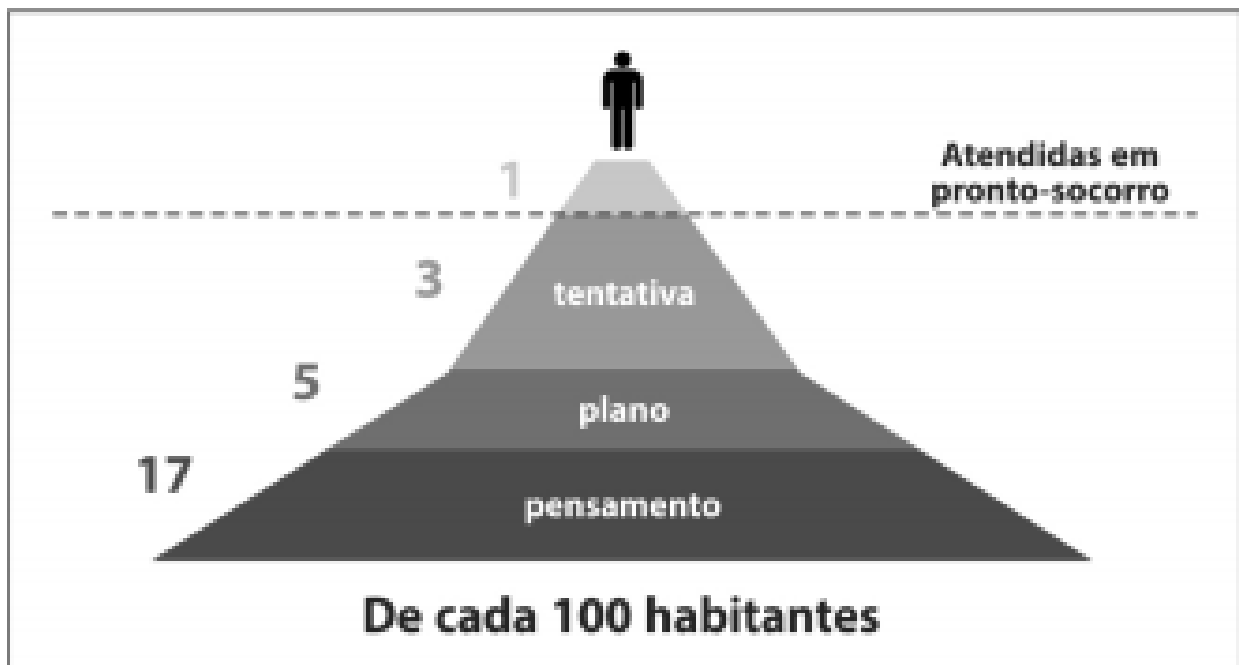
Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

11 EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

11.1 Suicídio

O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio. Uma pequena proporção do comportamento suicida chega ao nosso conhecimento.

Figura 06 – Comportamento suicida ao longo da vida



Fonte: BOTEGA et al, 2006

É importante definir conceitualmente suicídio e tentativa de suicídio, por representarem populações diferentes, porém com sobreposição importante.

- **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 auto-lesivo 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 suicídio é a 15ª causa de morte no mundo, a cada dia, aproximadamente 25 suicídios ocorrem no Brasil, e nas últimas décadas esse número vem crescendo. No período de 2000 a 2011, a taxa de suicídio aumentou de 4 para 5,1 casos por 100 mil habitantes.

Em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres.

Esse aumento ocorreu principalmente na **faixa etária jovem**, pois, enquanto a taxa geral de suicídio cresceu 30% nos últimos 25 anos, a faixa etária de 15 a 24 apresentou crescimento de 1.900% **sendo hoje a quarta causa de morte em jovens no Brasil.**

As taxas de suicídio por cem mil habitantes variaram entre 4,42 a 5,24 no Brasil, 6,44 a 8,56 em Santa Catarina e **3,63 a 8,59 em Joinville.** Em 2012 houve um importante aumento nas taxas de suicídio em Joinville, mantendo-se em 2013.

Maioria das tentativas de suicídio é entre mulheres (69% mulheres e 31% homens) e são mais recorrentes na tentativa de suicídio (31,3% mulheres e 26,4 % homens). Homens morrem mais por suicídio (21% mulheres e 79 % homens), sendo a taxa de mortalidade entre homens 3,6 vezes maior. A mortalidade é mais prevalente em idosos com mais de 70 anos e indígenas. Envenenamento ou intoxicação são os principais meios utilizados na tentativa de suicídio.

Metade dos que morrem por suicídio foram a uma consulta médica em algum momento do período de seis meses que antecederam a morte e 80% foram ao médico não psiquiatra no mês anterior ao suicídio. De fato, dos que morrem por suicídio, cerca de 50% a 60% nunca se consultaram com um profissional de saúde mental ao longo da vida.

Sabemos hoje que praticamente 100% dos suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada e não tratada. **A prevenção não deve se iniciar apenas nos centros com foco em saúde mental, mas deve ser observada em todos os âmbitos do sistema de saúde.**

Programas de treinamentos com médicos generalistas na Suécia e na Inglaterra resultaram em uma melhoria da detecção e do tratamento de transtornos depressivos, sendo seguido por um decréscimo na taxa de suicídio.

Considerando que a porta de entrada do usuário em risco de suicídio no serviço de saúde pode ser variada (emergências clínicas/psiquiátricas, centros de saúde da família, centros de atenção psicossocial etc.), melhorar a capacidade dos profissionais de saúde em detectar e lidar com essas pessoas é uma forma de prevenção.

Falar de uma rede de saúde para prevenção do suicídio é reforçar a importância de ter uma rede bem integrada.

11.1.1 Avaliação e Diagnóstico

O risco de suicídio não tem uma classificação própria, pois é fenômeno que pode ocorrer em vários quadros clínicos diferentes e, mais raramente, na ausência de qualquer quadro clínico. A maior parte das pessoas que planejam, tentam ou pensam insistentemente em suicídio sofre de algum transtorno psíquico, devendo ser feito seu diagnóstico e sua classificação segundo o transtorno.

Quando já ocorreu a tentativa, consumada ou frustra, utiliza-se os itens da CID-10 abaixo:

X60 a X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente:

- **X60** Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos;
- **X61** Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte;
- **X62** Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte;
- **X63** Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo;
- **X64** Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas;
- **X65** Auto-intoxicação voluntária por álcool;
- **X66** Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores;
- **X67** Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores;
- **X68** Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas;
- **X69** Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas;
- **X70** Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação;
- **X71** Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão;
- **X72** Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão;
- **X73** Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre;
- **X74** Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada;
- **X75** Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos;
- **X76** Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas;
- **X77** Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes;
- **X78** Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante;
- **X79** Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente;

- **X80** Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado;
- **X81** Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento;
- **X82** Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor;
- **X83** Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados;
- **X84** Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados;

Importante ressaltar a **Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014**, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, **INCLUI A TENTATIVA DE SUICÍDIO** como notificação compulsória imediata que deverá ser realizada em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência.

As ameaças de suicídio devem ser levadas a sério, desmistificando a ideia de que quem ameaça não faz. O agente de saúde pode ser importante na identificação de um risco, encaminhando à pessoa a consulta em unidade sanitária.

Diante de sinais de risco, a abordagem não precisa ser eufemizada: deve-se conversar abertamente sobre o tema com o usuário, perguntando se ele tem tido a sensação de que não vale mais a pena viver, se já pensou em terminar com sua vida, se fez algum plano para isto. O profissional precisa ter paciência para ouvir e não falar apressadamente. O reassseguramento prematuro ou inadequado pode ser entendido pelo usuário como falta de empatia, de interesse ou impedimento para deixá-lo se manifestar.

O diagnóstico é feito pela entrevista clínica, que deve ser realizada de **forma empática e clara**, com finalidade de avaliar o risco de comportamentos suicidas. O risco individual é avaliado através dos fatores de risco e de proteção identificados.

11.1.2 Fatores de Risco e de Proteção

O reconhecimento dos fatores de risco e dos fatores protetores é fundamental e pode ajudar o profissional de saúde a determinar clinicamente o risco e, a partir desta determinação, estabelecer estratégias para reduzi-lo.

Os médicos ainda não podem prever exatamente quem irá se suicidar, mas podem tentar reduzir os riscos. O detalhado conhecimento dos fatores de risco pode auxiliar os médicos a delimitarem populações nas quais os eventos poderão ocorrer com maior frequência

Os dois principais fatores de risco são:

- **Tentativa prévia de suicídio:** É o fator preditivo isolado mais importante. Usuários que tentaram suicídio previamente têm de cinco a seis vezes mais chances de tentar suicídio novamente. Estima-se que 50% daqueles que se suicidaram já haviam tentado previamente.
- **Doença mental:** Sabemos que quase todos os suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada, frequentemente não tratada ou não tratada de forma adequada.

Os transtornos psiquiátricos mais comuns incluem:

- Depressão;

- Transtorno bipolar;
- Alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas;
- Transtornos de personalidade;
- Esquizofrenia.

Usuários com múltiplas comorbidades psiquiátricas têm um risco aumentado, ou seja, quanto mais diagnósticos, maior o risco.

Desesperança, desespero, desamparo e impulsividade: Sentimentos de desesperança, desamparo e desespero são fortemente associados ao suicídio. É preciso estar atento, pois a desesperança pode persistir mesmo após a remissão de outros sintomas depressivos.

Impulsividade, principalmente entre jovens e adolescentes, figura como importante fator de risco. **A combinação de impulsividade, desesperança e abuso de substâncias pode ser particularmente letal.**

Idade

O suicídio em jovens aumentou em todo o mundo nas últimas décadas e também no Brasil, representando a terceira principal causa de morte nessa faixa etária no país. Os comportamentos suicidas entre jovens e adolescentes envolvem motivações complexas, incluindo humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância.

O suicídio também é elevado entre os idosos, devido a fatores como: perda de parentes, sobretudo do cônjuge; solidão; existência de enfermidades degenerativas e dolorosas; sensação de estar dando muito trabalho à família e ser um peso morto para os outros.

Gênero: Os óbitos por suicídio são em torno de três vezes maiores entre os homens do que entre mulheres. Inversamente, as tentativas de suicídio são, em média, três vezes mais frequentes entre as mulheres.

Doenças clínicas não psiquiátricas: Doenças clínicas não psiquiátricas foram associadas ao suicídio de maneira independente de outros dois fatores de risco bem estabelecidos, como a depressão e o abuso de substâncias.

As taxas de suicídio são maiores em usuários com câncer; HIV; doenças neurológicas, como esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e epilepsia; doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico; doença pulmonar obstrutiva crônica; além de doenças reumatológicas, como o lúpus eritematoso sistêmico.

Os sintomas não responsivos ao tratamento e os primeiros meses após o diagnóstico também constituem situações de risco. **Usuários com doenças clínicas crônicas apresentam comorbidades com transtornos psiquiátricos, com taxas variando de 52% a 88%.** Portanto, é necessário rastrear sintomas depressivos e comportamento suicida nesses usuários, especialmente diante de problemas de adesão ao tratamento.

História familiar e genética: O risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio. Estudos de genética epidemiológica mostram que há componentes genéticos, assim como ambientais envolvidos. O risco de suicídio aumenta entre aqueles que foram casados com alguém que se suicidou.

Fatores protetores:

- Laços sociais bem estabelecidos com família e amigos;
- Religiosidade independente da afiliação religiosa e razão para viver;
- Ausência de doença mental;
- Estar empregado;
- Ter crianças em casa;
- Senso de responsabilidade com a família;
- Gravidez desejada e planejada;
- Capacidade de adaptação positiva;
- Capacidade de resolução de problemas e relação terapêutica positiva;
- Acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

Características psicopatológicas comuns no estado mental dos suicidas:

O funcionamento mental gira em torno de três sentimentos:

- Intolerável (não suportar);
- Inescapável (sem saída);
- Interminável (sem fim).

Ambivalência: O desejo de viver e de morrer se confundem no sujeito. Há urgência em sair da dor e do sofrimento com a morte, entretanto há o desejo de sobreviver a esta tormenta. Muitos não aspiravam realmente morrer, apenas queriam sair do sentimento momentâneo de infelicidade, acabar com a dor, fugir dos problemas, encontrar descanso ou final mais rápido para seus sofrimentos. Se for dado oportunamente o apoio emocional necessário para reforçar o desejo de viver, logo a intenção e o risco de suicídio diminuirão.

Impulsividade: O suicídio, por mais planejado que seja, parte de um ato que é usualmente motivado por eventos negativos. **O impulso para cometer suicídio é transitório e tem duração de alguns minutos ou horas.** Pode ser desencadeado por eventos psicossociais negativos do dia a dia e por situações como: rejeição; recriminação; fracasso; falência; morte de ente querido; entre outros. Acolher a pessoa durante a crise com ajuda empática adequada pode interromper o impulso suicida do usuário.

Rigidez: Quando uma pessoa decide terminar com a sua vida, os seus pensamentos, sentimentos e ações apresentam-se muito restritivos, ou seja, ela pensa constantemente sobre o suicídio e é incapaz de perceber outras maneiras de enfrentar ou de sair do problema. Estas pessoas pensam rígida e dramaticamente pela distorção que o sofrimento emocional impõe. Todo o comportamento está inflexível quanto à sua decisão: as ações estão direcionadas ao suicídio e a única saída possível que se apresenta é a morte; por isso é tão difícil encontrar, sozinho, alguma alternativa.

Existe uma **distorção da percepção de realidade** com avaliação negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. **Há um medo irracional** e uma preocupação excessiva. O passado e o presente reforçam seu sofrimento e o futuro é sombrio, **sem perspectiva e com ausência de planos. Surge a ideação** e a tentativa de suicídio, que pode culminar com o ato suicida.

Muitas vezes os usuários com possível risco de suicídio chegam ao profissional de saúde da atenção primária com queixas diferentes daquelas que chegariam ao psiquiatra. O que os levam a buscar a consulta são, geralmente, queixas somáticas.

11.1.3 Infância e Adolescência

Na avaliação do comportamento suicida, deve-se considerar que a elaboração e a compreensão que a criança ou o adolescente tem sobre a morte ou a auto eliminação são diferentes de acordo com a fase de desenvolvimento.

As crianças podem estar tristes pela morte de um ente querido e desejar morrer apenas para reencontrá-lo e depois voltar, sem o desejo consciente de morrer, “em um acesso de raiva e frustração”. Os adolescentes podem ter claramente o desejo de morrer como um ato irreversível.

A intenção de morrer pode ser explícita e forte ou ambígua e indefinida, manifestada por meio de verbalização direta ou indiretamente em desenhos ou linguagem corporal. Muitas vezes, o jovem pode confiar apenas a poucos amigos ou postar em uma rede social a intenção de se matar. Portanto, é fundamental reconhecer as características da criança/do adolescente e de seu ambiente para avaliar o potencial de letalidade do comportamento suicida.

A etapa principal da avaliação médica no atendimento de crianças e adolescentes após tentativa de suicídio é o exame dos fatores pessoais de risco associados à intenção suicida, da letalidade, do estado mental do usuário e do suporte psicossocial e familiar, pois isso determina a conduta clínica adotada.

A intenção suicida deve ser investigada sempre que os jovens praticarem algum tipo de autolesão, procurando diferenciá-la dos casos de autolesão deliberada sem intenção suicida. Nessas situações, a produção de lesões corporais geralmente tem por finalidade aliviar o sofrimento interno, servir como forma de autopunição ou chamar a atenção, mas não a de morrer realmente.

11.1.4 Gestação e Puerpério

Decorrente de uma crença popular em que a mulher estaria protegida de qualquer problema de ordem psíquica durante a gravidez, os estudos da depressão e do comportamento suicida na gestação foram negligenciados e a atenção foi toda voltada para a avaliação no período pós-parto.

Em estudo epidemiológico realizado na Inglaterra, foi demonstrado que o suicídio está entre as principais causas de mortes maternas, acometendo 10% dessa população. Há indícios de que em 86% dessas mortes maternas o diagnóstico psiquiátrico poderia ter sido realizado e o suicídio, evitado.

Atualmente, sabe-se que a frequência do comportamento suicida, que compreende da ideação até a tentativa ou suicídio consumado, pode atingir até um quarto da população de

gestantes e está associada ao diagnóstico de depressão, que acomete 22% das mulheres na fase reprodutiva. Tem-se constatado que o aumento desse índice de depressão é uma tendência nos países em desenvolvimento

Estima-se uma prevalência de depressão na gravidez da ordem de 7,4% no primeiro, 12,8% no segundo e 12% no terceiro trimestre. Um estudo com 1.558 mulheres detectou 17% das gestantes com sintomas significativos para depressão na gestação tardia, 18% no puerpério imediato e 13% entre a sexta e a oitava semanas do puerpério. O mesmo valor (13%) foi encontrado no sexto mês do puerpério

Mulheres no puerpério com frequência são examinadas por seus obstetras ou clínicos gerais em consultas focadas na recuperação física após o parto. Além disso, são vistas por pediatras dos seus filhos de quatro a seis vezes durante o ano seguinte ao nascimento de seu bebê. Quando apresentam depressão, embora busquem ajuda mais comumente com esses médicos do que com profissionais de saúde mental muitas vezes não são diagnosticadas ou reconhecidas como deprimidas de forma adequada.

Trabalhos recentes vêm mostrando a utilidade do uso de escalas de auto-avaliação para triagem de mulheres com depressão pós-parto em serviços de atendimento primário. A possibilidade de detecção de depressão pós-parto com essas escalas tem-se mostrado significativamente maior que a detecção espontânea durante avaliações clínicas de rotina por médicos nesses serviços. As escalas serviriam para alertar clínicos, obstetras e pediatras para aquelas mulheres que possivelmente precisariam de avaliação mais profunda e tratamento.

Foram criadas duas escalas desenhadas especificamente para rastreamento de depressão pós-parto: a EPDS, em 1987, e a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), em 2000. Ambas já possuem tradução para o português e validação no Brasil.

11.1.5 Idoso

Os idosos possuem o maior risco de morte por suicídio entre todos os grupos etários no Brasil, como também na maior parte do mundo. Especialistas em suicídio predizem que, nas próximas décadas, haverá um aumento dramático na taxa e no número total de suicídios. Deve haver esforço, sobretudo por parte dos clínicos no âmbito dos serviços de emergência, para identificar fatores de risco, pistas e sinais de ameaças iminentes de suicídio na idade avançada.

O fato de que a maioria dos idosos é consultada no mês anterior à sua morte, somado ao achado de que a maioria das vítimas de suicídio em idade avançada teve episódios depressivos, sugere que a detecção e o tratamento da depressão podem ser eficazes para prevenir o suicídio na terceira idade.

Em adição ao exame cuidadoso das condições médicas, a avaliação deve incluir questões sobre tentativas prévias de suicídio, episódios passados de depressão, psicose ou (hipo) mania, abuso de substâncias, transtornos do controle de impulsos, suporte social e eventos estressores recentes. **Todos os usuários devem ser questionados sobre humor, grau de anedonia e angústia, hábitos de sono, apetite, interesse e sentimentos de desesperança.** Desejo de morte,

pensamentos de suicídio, intenção de se machucar e acesso a meios de fazê-lo devem ser abordados em questionamentos diretos e indiretos. Em nossa experiência, idosos que exibem maiores níveis de angústia ou depressão com características cotidianas apresentam maior risco de suicídio, e, portanto, esses sinais devem ser entendidos como um alarme.

11.1.6 Tratamento e Encaminhamento

Como abordar o usuário?

O manejo se inicia durante a investigação do risco e **a abordagem verbal pode ser tão ou mais importante que a medicação**, isso porque faz com que o usuário se sinta aliviado, acolhido e valorizado, fortalecendo a aliança terapêutica.

O profissional de saúde não deve ficar receoso de investigar se aquele usuário tem risco de suicídio:

- O tema deve ser abordado com cautela, de maneira gradual.
- As perguntas devem ser feitas em dois blocos:
- O primeiro para todos os usuários, e o segundo apenas para aqueles indivíduos que responderam às três perguntas iniciais que sugerem, pelas respostas, um risco de suicídio.

São seis perguntas fundamentais em cada consulta, sendo três delas para todos os usuários:

1. Você tem planos para o futuro?

A resposta da pessoa com risco de suicídio é não.

2. A vida vale a pena ser vivida?

A resposta da pessoa com risco de suicídio novamente é não.

3. Se a morte viesse, ela seria bem-vinda? Desta vez a resposta será sim para aqueles que querem morrer.

Se o usuário respondeu como foi referido anteriormente, o profissional de saúde fará estas próximas perguntas:

4. Você está pensando em se machucar/se ferir/fazer mal a você/em morrer?

5. Você tem algum plano específico para morrer/se matar/tirar sua vida?

6. Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente?

Questões adicionais: O processo não termina com a confirmação das ideias suicidas. Ele continua com questões adicionais para avaliar a frequência e a severidade da ideação, bem como a possibilidade real de suicídio. É importante saber se o usuário possui algum plano suicida e os meios para praticá-lo.

Para o raciocínio clínico, ainda é importante que os seguintes itens sejam esclarecidos:

- Mora sozinho ou tem familiares/amigos/etc?;
- Há meios acessíveis para cometer suicídio? (armas, andar onde mora, remédios ou inseticidas);
- Alguma preparação foi feita? (carta, testamento ou acúmulo de comprimidos).;
- Quão próximo o usuário está de completar o suicídio?;

- O usuário praticou anteriormente o ato suicida ou já tentou?;
- Faz uso de álcool e ou drogas?;
- Há fatores estressantes recentes que tenham piorado as habilidades de lidar com as dificuldades ou de participar no plano de tratamento?

11.1.7 Avaliação do Risco

Risco Baixo

- A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano;
- Vive com outras pessoas, não usa álcool e ou drogas, não tem antecedente de transtorno mental, nunca teve ideação ou tentativa de suicídio.

Manejar:

- Escuta acolhedora para compreensão e amenização de sofrimento;
- Facilitar a vinculação do sujeito ao suporte e ajuda possível ao seu redor – social, familiar e, ou institucional;
- Tratamento do possível transtorno psiquiátrico.

Encaminhar:

- Caso não haja melhora, encaminhe para profissional especializado;
- Esclareça ao usuário os motivos do encaminhamento;
- Certifique-se do atendimento e agilize ao máximo, tendo em vista a excepcionalidade do caso;
- Tente obter uma contrarreferência do atendimento.

Risco Médio

- A pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente.

Manejar:

- Total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento;
- **Escuta terapêutica que o possibilite falar e clarificar para si sua situação de crise e sofrimento;**
- Realização de **contrato terapêutico de não suicídio**; carta escrita responsabilizando o usuário de que não vai realizar o suicídio. Devido à condição psicológica de rigidez que o usuário apresenta esta técnica pode ajudar a prevenir à tentativa.
- Investimento nos possíveis fatores protetivos do suicídio;
- **Faça da família e amigos do usuário os verdadeiros parceiros no acompanhamento do mesmo.**

Encaminhar:

- Encaminhar para o serviço de saúde mental para avaliação e conduta ou agendar uma consulta o mais breve possível;

- **Peça autorização para entrar em contato com a família**, os amigos e/ou colegas e explique a situação sem alarmar, informando o necessário e preservando o sigilo de outras informações sobre particularidades do indivíduo;
- **Oriente sobre medidas de prevenção, como: esconder armas; facas; cordas; deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso etc.**

Risco Alto

- A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente;
- **Tentou suicídio recentemente** e apresenta rigidez quanto a uma nova tentativa;
- **Tentou várias vezes em um curto espaço de tempo.**

Manejar:

- Estar junto da pessoa, **NUNCA DEIXÁ-LA SOZINHA;**
- Total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento;
- Realização de **contrato de não suicídio;**
- **Informar a família com a ciência do usuário.**

Encaminhar:

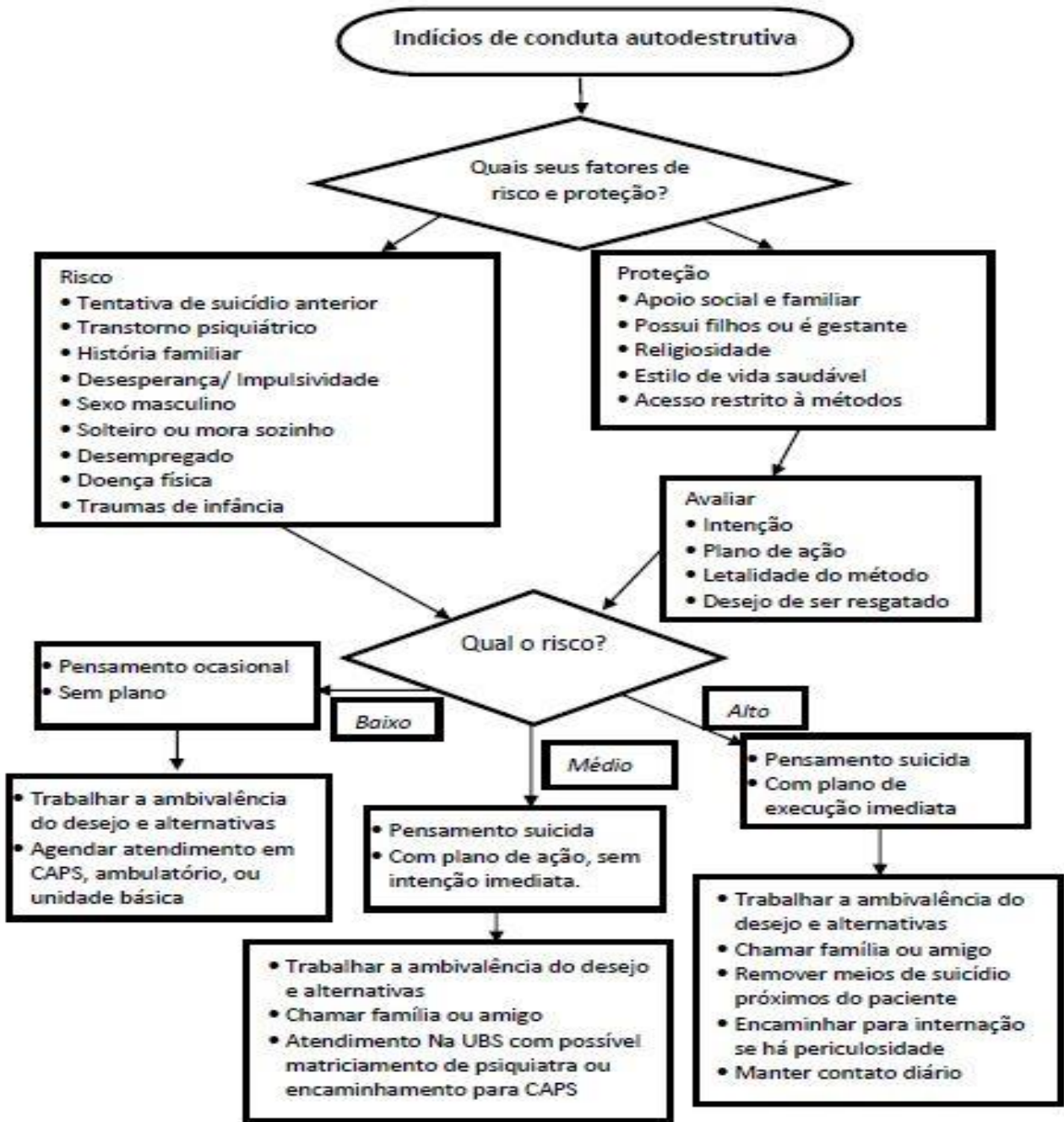
- Encaminhar para o serviço de psiquiatria para avaliação, conduta e, se necessário, internação;
- Caso não seja possível, considere o caso como emergência e entre em contato com um profissional da saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo;
- **Providencie uma ambulância e encaminhe a pessoa ao pronto-socorro, de preferência;**
- **A transferência de usuários entre instituições deve ser feita de ambulância, e não pelos familiares;**
- Os usuários com **ALTO RISCO** de suicídio e **FRÁGIL SUPORTE SOCIAL** devem ser internados em instituição especializada.

Os **critérios de hospitalização** abrangem, além do quadro clínico da doença psiquiátrica de base:

- Constância de pensamentos autodestrutivos permanentes ou recorrentes;
- Alto nível de intenção de morrer nas próximas horas ou nos próximos dias;
- Agitação ou pânico;
- Existência de plano destrutivo imediato, realista, envolvendo métodos eficazes;
- Suporte social precário e dificuldades para montar vínculo adequado.

Em caso de dúvida pode-se solicitar **Segunda Opinião Formativa (SOF) via Teleconsultoria/Teleregulação ou Matriciamento.**

Figura 07 – Fluxograma de atendimentos ao suicídio



Fonte: RAPS – SES/SC, 2016

11.1.8 Pósvenção do Suicídio

O luto do suicídio descreve o período de ajustamento à uma morte por suicídio que é experimentado por membros da família, amigos e outros contatos do falecido que são afetados pela perda. Nos EUA, os indivíduos afetados são descritos como “sobreviventes de suicídio” ou “sobreviventes de perda por suicídio”. Cerca de 7% da população é exposta ao luto por suicídio a cada ano.

Dados de pesquisas estimam que 60 pessoas sejam intimamente afetadas em cada morte por suicídio, incluindo família, amigos e colegas de classe. Como a OMS estima que 800 mil

pessoas morram por suicídio a cada ano, cerca de 48 milhões e 500 milhões de pessoas podem ser expostas ao luto do suicídio em um ano.

A posvenção inclui as habilidades e estratégias para cuidar de si mesmo ou ajudar outra pessoa a se curar após a experiência de pensamentos suicidas, tentativas ou morte. Deste modo, o próprio usuário e a família devem ser acompanhados para evitar novas tentativas, bem como ajudar no processo do luto em caso de suicídio ocorrido.

O seguimento mais próximo desses “sobreviventes do suicídio” com um processo adequado de luto pode, no entanto, ser benéfico. Estratégias com foco no suporte aos familiares parecem ser as mais promissoras, tanto por meio de recrutamento ativo dos familiares “sobreviventes do suicídio”, como abordagens de grupo de apoio ao luto, conduzidas por facilitadores treinados.

Tais ações mostraram aumento do uso de serviços projetados para ajudar no processo de luto e redução em curto prazo do sofrimento psíquico associado ao luto.

11.1.9 Prevenção

- Entender que se deve abordar o transtorno de base, que gera o ímpeto suicida, pois não há fármaco específico contra suicídio;
- **Evitar dar receitas médicas com grande quantidade de remédios, para evitar seu uso como meio de morte;**
- Discutir os aspectos envolvendo a proteção possível, como nos casos de gravidez na adolescência e de solidão nos idosos;
- Promoção de qualidade de vida;
- Incentivo a espaços de promoção de saúde na comunidade, como a realização de grupos de autoajuda nas igrejas e escolas, associações e ONGs;
- Controle/regulação do acesso aos métodos mais utilizados, como: carbamato (chumbinho); pesticidas; raticidas e outros; e restrição às armas de fogo;
- Construções inteligentes e planejamento da cidade com medidas de segurança, comprometimento dos órgãos responsáveis e campanha SELO AMARELO para construções que atendam a essas medidas de segurança;
- Incremento do uso estratégico da mídia para campanhas preventivas e maior regulação da veiculação em casos de tentativas, evitar as descrições pormenorizadas do método empregado, bem como fatos e cenas chocantes;
- Campanhas nas escolas que problematizem o assunto, de forma a desconstruir tabus e facilitar a prevenção.

11.2 *Delirium*

A CID-10 utiliza o termo *delirium* como sinônimo de síndrome mental orgânica aguda. O termo “estado confusional agudo” é muitas vezes utilizado como sinônimo de *delirium*, ainda que

seu uso seja criticado pelo fato de a palavra “confusão” referir-se apenas ao pensamento desorganizado do usuário.

Delirium é um quadro clínico caracterizado por uma alteração aguda da consciência. Este é uma complicação relativamente comum de doença física, ocorrendo em aproximadamente 5-15% dos usuários internados em um hospital geral e 20-30% dos usuários em unidades de terapia intensiva. O quadro clínico tende a se desenvolver rapidamente e raramente dura mais que 4-8 dias.

Trata-se de condição clínica associada a alta taxa de mortalidade, podendo chegar a 50% dependendo da população estudada.

11.2.1 Avaliação e Diagnóstico

Conforme a CID-10:

F05 *Delirium* não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

Inclui: Estado confusional (não-alcoólico), Psicose infecciosa, Reação orgânica (Aguda (o) ou sub-aguda (o)), Síndrome Cerebral e Síndrome Psicoorgânica.

Exclui: *Delirium* tremens induzido pelo álcool ou não especificado ([F10.4](#))

F05.0 *Delirium* não superposto a uma demência, assim descrito

F05.1 *Delirium* superposto a uma demência

Afecções que satisfazem os critérios acima mas sobrevivendo no curso de uma demência ([F00-F03](#))

F05.8 Outro *delirium*

Delirium de etiologia mista

F05.9 *Delirium* não especificado

Deve apresentar:

- **Comprometimento da consciência e atenção** (em um continuum de obnublação a coma; capacidade reduzida de dirigir, focar, manter, e mudar a atenção);
- **Distúrbio global da cognição** (distorções perceptivas, ilusões e alucinações — mais frequentemente visuais; prejuízo do pensamento abstrato e compreensão, com ou sem delírios transitórios, mas tipicamente com algum grau de incoerência; comprometimento da memória imediata e lembrança de eventos recentes mas com preservação relativa da memória remota; desorientação no tempo e, em casos graves, para local e pessoa);
- **Distúrbio psicomotor** (hipo ou hiperatividade e mudanças imprevisíveis de uma para a outra; aumento do tempo de reação; aumento ou diminuição da fluência do discurso);
- **Distúrbio do sono-vigília** (insônia ou, em casos graves, perda total do sono ou inversão do padrão de sono-vigília; sonolência diurna; piora noturna dos sintomas; pesadelos que podem continuar como alucinações depois de acordado);
- **Distúrbio emocional**, como depressão, ansiedade ou medo, irritabilidade, euforia, apatia ou perplexidade;

A alteração mais básica do *delirium* é a alteração no nível de consciência, ainda que nem sempre ela seja a mais óbvia. O nível de consciência tende a flutuar durante o dia, sendo

pior durante o período da noite. Essa alteração pode ser inferida através da prostração, capacidade reduzida de concentração, e desorientação do usuário. O indivíduo é facilmente distraível e, por isso, pode ser difícil manter uma conversação prolongada com o mesmo. Após a remissão do quadro o usuário tende a apresentar memória fragmentada do período de *delirium*, o que pode ser uma indicação clínica útil para o diagnóstico retrospectivo.

O delirium também pode ser dividido, de acordo com o comportamento psicomotor, em três subtipos básicos:

- **Delirium hiperativo:** caracterizado por agitação, inquietação, aumento excessivo ou inadequação da atividade motora ao contexto.
- **Delirium hipoativo:** caracterizado por diminuição da atividade psico-motora e do discurso e apatia; o usuário parece ausente ou distante do ambiente.
- **Delirium misto:** apresenta características dos subtipos hiper e hipoativo.

Considerando o tempo de surgimento da síndrome, é dito:

- **Delirium prevalente** aquele diagnosticado na admissão;
- **Delirium incidente**, aquele que se desenvolve após a admissão hospitalar;
- **Delirium persistente**, aquele cujos sintomas persistem ao longo do tempo.

Escala de avaliação de *delirium* **Confusion Assessment Method (CAM)** é uma excelente ferramenta para ajudar a diagnosticar delirium.

Se os itens 1 e 2 estiverem presentes, associadamente à presença dos itens 3 ou 4.

Outras alterações (itens 5 a 9) também podem estar presentes:

- 1) Início agudo: Há evidência de uma mudança aguda no estado mental de base do usuário?
- 2) Distúrbio da atenção:
 - O usuário teve dificuldade em focalizar sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?
 - Se presente ou anormal, esse comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?
 - Se presente ou anormal, descreva o comportamento:
- 3) Pensamento desorganizado: O pensamento do usuário era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?
- 4) Alteração do nível de consciência em geral: Como você classificaria o nível de consciência do usuário? Alerta (normal), vigilante (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente), letárgico (sonolento, facilmente acordável), estupor (dificuldade para despertar), coma, incerto.
- 5) Desorientação: O usuário ficou desorientado durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado, ou tendo noção errada da hora do dia?

- 6) Distúrbio (prejuízo) da memória: O usuário apresentou problemas de memória durante a entrevista, como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital, ou dificuldade para se lembrar de instruções?
- 7) Distúrbios de percepção: O usuário apresentou sinais de distúrbios de percepção, por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava)?
- 8) Agitação psicomotora:
 - Durante a entrevista, o usuário apresentou aumento anormal da atividade motora, como agitação, beliscar de cobertas, tamborilar com os dedos ou mudança súbita e frequente de posição?
 - Retardo psicomotor: Durante a entrevista, o usuário apresentou diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição por longo tempo ou lentidão exagerada de movimentos?
- 9) Alteração do ciclo sono-vigília: O usuário apresentou sinais de alteração do ciclo sono-vigília, como sonolência diurna excessiva e insônia noturna?

Algumas características clínicas do *delirium*, como agitação e letargia, contribuem para complicações frequentes como aspiração, embolia pulmonar, úlceras de pressão, entre outras.

Embora seja uma condição clínica caracterizada por reversibilidade, alguns usuários podem evoluir com declínio cognitivo e funcional persistentes.

A associação ente *delirium* e demência merece destaque, não só por ser um fator de risco para o desenvolvimento de *delirium*, mas também pela elevada frequência de sobreposição entre as duas condições. A diferenciação entre as duas síndromes deve considerar principalmente o tempo e a evolução dos sintomas, uma vez que o *delirium* costuma apresentar início agudo e flutuação dos sintomas. Com frequência, o *delirium* pode representar o prenúncio de um quadro demencial, evoluindo para déficit cognitivo persistente.

11.2.2 Diagnósticos Diferenciais

- **Intoxicação:** agrotóxicos, mercúrio, magnésio, cocaína, maconha;
- **Abstinência de álcool e outras drogas:** álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, anfetamínicos;
- **Hipóxia:** insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, doenças do sistema respiratório;
- **Infecções:** broncopneumonia, infecções urinárias, meningite, encefalites, neurocistecercose;
- **Metabólicas:** distúrbio hidroeletrólítico, uremia, encefalopatia hepática, hipoglicemia;
- **Hormonal:** hiperinsulinismo, hipertireoidismo, hipotireoidismo, hipopituitarismo, Addison, Cushing, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo;
- **Trauma:** traumatismo craniano (concussão ou contusão);
- **Epilepsia:** convulsões psicomotoras, estado pós-ictal;

- **Doenças Vasculares:** ataque isquêmico transitório, encefalopatia hipertensiva, trombose, embolismo, hemorragia subaracnoídea, arterite temporal, demência vascular;
- **Lesões que ocupam espaço:** tumores, abscessos, hematoma subdural, aneurisma, abscesso cerebral;
- **Nutricional:** deficiência de tiamina, vitamina B12, ácido nicotínico, folato;
- **Alergias/ Doenças autoimunes:** lúpus eritematoso disseminado, vasculite reumática, Behçet.

Algumas medicações são mais frequentemente associadas à ocorrência de *delirium*:

- **Medicações com atividade anticolinérgica:** cimetidina, prednisolona, teofilina, antidepressivos tricíclicos, digoxina, nifedipina, antipsicóticos, furosemida, ranitidina, dinitrato de isossorbida, varfarina, dipiridamol, codeína, captopril;
- **Outras medicações associadas ao *delirium*:** benzodiazepínicos, narcóticos, agentes antiparkinsonianos, anti-inflamatórios não hormonais, laxativos, antibióticos, haloperidol, betabloqueadores, antidepressivos, clonidina;
- **Medicações de uso habitual, comumente associadas a automedicação:** difenidramina, triprolidina, clorfenamina, prometazina, agentes antidiarreicos (com beladona), hioscina, escopolamina.

Quadro 18 – Diagnóstico diferencial do *delirium*

	<i>Delirium</i>	Demência	Depressão	Psicose reativa breve	Esquizofrenia
Início	Agudo	Insidioso	Variável	Agudo	Variável
Curso em 24 horas	Flutuante	Progressivo	Variação diurna	Estável	Variável
Nível de consciência	Prejudicado (obnubilado)	Prejudicado em estágio avançado	Geralmente normal	Preservado	Preservado
Atenção e memória	Desatenção Déficit de memória	Déficit de memória sem déficit de atenção evidente	Déficit atencional Memória preservada	Pode ser seletivamente prejudicada	Memória preservada
Reversibilidade	Sim, fase inicial	Não	Sim, pode ser recorrente	Sim	Não, com exacerbações
Psicose presente?	Comum (delírios pouco estruturados e conteúdo instável)	Incomum nas fases iniciais	Ocorre em porcentagem pequena	Sim, ilusões e alucinações	Comum (sintomas psicóticos complexos)
EEG	Lentificação generalizada em 80%	Lentificação generalizada em 80%	Geralmente normal	Geralmente normal	Geralmente normal

Avaliação e tratamento	Requer atenção médica como uma urgência	Precisa de terapia crônica e acompanhamento adequado	Terapia com antidepressivos por pelo menos 9 meses e psicoterapia	Necessita de avaliação e tratamento psiquiátrico	Necessita de avaliação e tratamento psiquiátrico
-------------------------------	---	--	---	--	--

Fonte: Forlenza, 2012.

11.2.3 Tratamento

O usuário com *delirium* deve ser abordado inicialmente conforme o protocolo de atendimento de emergência, com medidas que estabilizem os parâmetros vitais. Hipoglicemia, hipoxia, desidratação e intoxicações exógenas devem ser pesquisadas e tratadas prontamente. O tratamento definitivo será feito após confirmação da etiologia do quadro e tratamento específico do fator precipitante.

11.2.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

Algumas medidas não farmacológicas devem ser adotadas no tratamento do *delirium*, e incluem reorientação e intervenção comportamental.

A restrição física deve ser evitada porque está associada a aumento da agitação, maior risco de lesão e prolongamento do delirium.

Medidas ambientais devem ser adotadas, como:

- Limitar a mudança de ambiente e o número de profissionais da equipe de assistência;
- Fornecer um ambiente quieto e **salas claras (não deixar o usuário em ambiente pouco iluminado pelo risco de piora das alucinações)**, evitar excesso de estímulos sensoriais;
- Ambientes e rostos familiares que sejam portadores de mensagens claras e simples de orientação do usuário;
- Medidas gerais devem incluir providências para assegurar repouso e alimentação do usuário.

O maior desafio para a equipe que assiste esses usuários são aqueles portadores de *delirium* hiperativo. Nesses casos, a imobilização ou contenção mecânica parece um mecanismo eficaz para garantir a segurança do usuário, contudo, recomenda-se que seja utilizada como último recurso, uma vez que a imobilização está associada ao desenvolvimento e ao aumento da gravidade do *delirium*.

Uma sugestão para o manejo do usuário com agitação é o protocolo a **T-A-DA (Tolerate, Antecipate, Don't Agitated)** um estudo realizado por Flaherty e Little, para evitar a imobilização, que consiste nas seguintes condutas:

- **Tolerate:** uma conduta mais tolerante da equipe com o usuário diante de situações como retirada de acessos venosos ou tentativa de levantar, por exemplo. Os autores argumentam que, diante dessas situações, a primeira resposta dos profissionais é inibir essas ações com o objetivo de prevenir algum dano ao usuário. Nesses casos, os profissionais podem permitir

que ele responda de forma natural à situação, sob vigilância contínua, de modo a garantir ao usuário a sensação de controle. Essa conduta pode, ainda, oferecer pistas à equipe sobre o que incomoda o usuário no momento. **Evidentemente, é preciso ponderar quais comportamentos são tolerados e cada situação deve ser individualizada;**

- **Antecipate:** é possível antecipar o comportamento desses usuários diante de algumas situações, e desse modo, a equipe pode evitar tais situações ou se preparar para elas;
- **Don't agitate:** há diversos eventos que podem funcionar como “agitadores” desses usuários, sendo prudente evitá-los.

11.2.3.2 Tratamento Medicamentoso

Como seria de se esperar, o tratamento dos quadros de *delirium* depende da correção da patologia ou disfunção médica de base. Entretanto, existem algumas medidas básicas de suporte e tratamento sintomático que podem ser úteis no cuidado desses usuários.

O usuário só deve ser sedado quando houver inquietação, excitação, medo, ou agressividade importante. A escolha do sedativo depende da causa do *delirium*, a qual deve ser sempre determinada antes que a medicação seja utilizada. Por exemplo, em casos de agitação causada por insuficiência hepática deve-se evitar o uso de fenotiazídicos (que podem precipitar o coma), drogas com propriedades anticolinérgicas não devem ser utilizadas em usuários com *delirium* atropínico, neurolépticos podem precipitar convulsões em usuários com *delirium* por abstinência de álcool.

Em outras palavras, não existe nenhum grupo de drogas que seja o mais indicado para sedação desses usuários. Assim, o médico deve escolher entre os antipsicóticos, benzodiazepínicos, barbitúricos e paraldeído a droga mais adequada para o tratamento de cada caso individual.

O tratamento medicamentoso deve ser instituído em casos de *delirium* hiperativo em que haja comprometimento da segurança do usuário e necessidade de intervenção para que o tratamento do fator etiológico seja iniciado.

O médico deve sempre iniciar o uso de **medicações antipsicóticas com doses pequenas**, com aumento lento e progressivo conforme a resposta do usuário e a monitoração dos efeitos colaterais relacionados ao tratamento.

O uso de benzodiazepínicos deve ser restrito ao tratamento de *delirium* secundário à abstinência de álcool ou benzodiazepínicos, ou associado à síndrome Neuroléptica maligna.

Recomenda-se que o tratamento seja iniciado com haloperidol e que o uso de antipsicóticos atípicos seja alternativa terapêutica quando há necessidade de altas doses de haloperidol para o controle dos sintomas. Geralmente a **dose de 0,5 a 2 mg via oral ou intramuscular, 2 vezes por dia**, é suficiente. Mais raramente, 5 mg podem ser adequados a um usuário grande, pesado e muito agitado. Pode-se aumentar, dependendo da intensidade dos sintomas e da resposta ao fármaco. **Em idosos, sugerem-se doses menores, de 0,25 a 0,5 mg, examinando o coração, pois há risco de torsades de points.**

11.2.4 Prevenção

A prevenção do *delirium* é a principal estratégia para redução de sua incidência e complicações. Estima-se que 30 a 40% dos casos podem ser prevenidos.

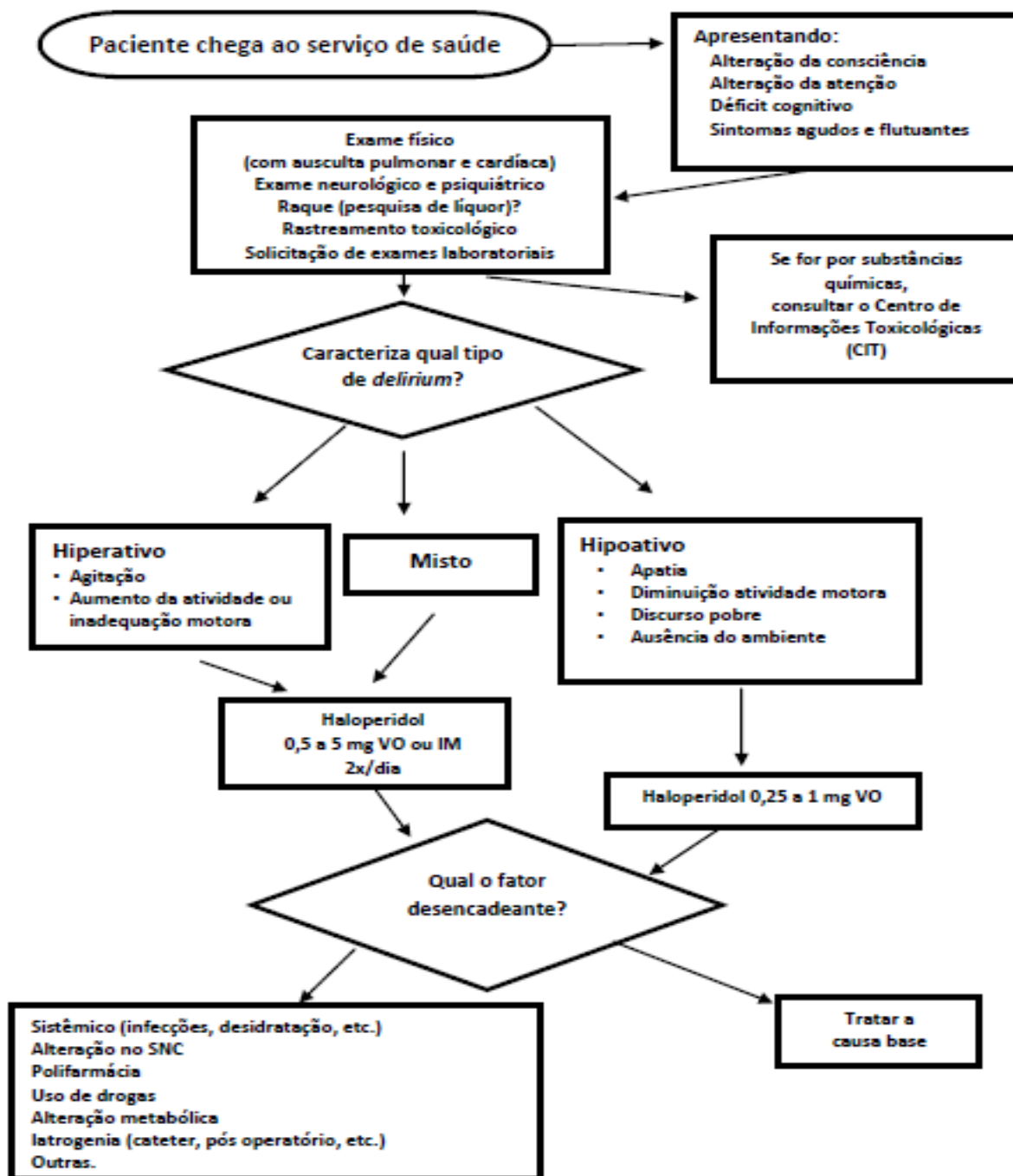
Muitas das medidas preventivas podem também ser adotadas no tratamento de quadro de *delirium* já instalado. As intervenções devem ser multifatoriais, uma vez que são múltiplos os fatores de risco e as possíveis etiologias.

O estudo *Yale Delirium Prevention Trial* demonstrou eficácia na intervenção em seis fatores de risco:

- Orientação e atividade terapêutica para o declínio cognitivo (discussão de eventos atuais, reminiscência estruturada ou jogos de palavras);
- Mobilização precoce; uso de métodos não farmacológicos para minimizar o uso de substâncias psicoativas (p. ex., uso de músicas relaxantes para iniciar o sono);
- Intervenções para prevenir privação de sono (p. ex., mudança dos horários de medicamentos);
- Métodos de comunicação e equipamentos adaptadores para dificuldade visual e auditiva (óculos e aparelhos para audição);
- Intervenção precoce para a reposição de volume (p. ex., estímulo para ingestão de líquidos).

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

Figura 08 – Fluxograma de atendimento de *Delirium*



Fonte: RAPS – SES/SC, 2016

11.3 Agressividade e Agitação Psicomotora

Um dos desafios da prática psiquiátrica é realizar, o mais rapidamente possível, a avaliação e o manejo de quadros de agitação e agressividade. Estudos epidemiológicos demonstram que, quando comparadas à população em geral, pessoas com transtornos mentais têm risco elevado de apresentar esses comportamentos.

Existem diversas definições de agitação psicomotora e agressividade na literatura médica. Há também um conjunto de termos correlatos que deve ser conceitualizado:

Agitação pode ser definida como a elevação da atividade motora e cognitiva com a presença de comportamentos verbais e/ou motores exacerbados e em larga escala improdutivos, muitas vezes decorrentes de tensões internas. A agitação psicomotora é caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada a estímulos, irritabilidade, atividade motora e/ou verbal aumentada, inadequada e repetitiva. O quadro pode cursar com agressividade.

Agressividade, por sua vez, é um termo que se refere a um ato intencional que causa dano físico ou mental em outra pessoa. Em algumas circunstâncias, ela pode se direcionar a um objeto. O quadro pode se manifestar em forma de agressão verbal e/ou física.

Violência é definida como um ato agressivo que causa dano físico a outra pessoa. Ela pode estar associada a agressividade verbal e/ou física. Refere-se ao uso de força física, abuso, forma de constrangimento direcionado a uma pessoa no intuito de coagi-la a realizar ou deixar de realizar um ato qualquer.

Comumente, o usuário apresenta juízo crítico comprometido acerca de seu estado mental. A intervenção precoce é uma prioridade, pois pode prevenir a progressão de um quadro de agitação para agressividade e/ou violência.

11.3.1 Avaliação e Diagnóstico

A avaliação de um usuário violento pode ser muito difícil em virtude da falta de históricos clínicos e psiquiátricos completos e da falta de cooperação do usuário. Entretanto, a avaliação pormenorizada é importante para a tomada de decisões e a implementação de condutas terapêuticas.

Lembrar de:

- Observar o usuário e coletar informações dele próprio e de fontes colaterais (p. ex., profissionais da saúde e familiares) que permitam uma impressão diagnóstica inicial;
- Revisar os tratamentos utilizados previamente;
- Excluir a possibilidade de o comportamento ser devido a uma condição médica geral;
- Avaliar e tratar quadros que exijam intervenção imediata;
- Determinar se o usuário se encontra intoxicado ou em abstinência de uma substância psicoativa.

Na avaliação de um usuário potencialmente agressivo, quanto mais jovem o indivíduo, maior o risco de agressividade e violência. Entre as mulheres, é observada menor proporção de agitação psicomotora com agressividade. Entretanto, naquelas que apresentam transtornos mentais graves, a prevalência é semelhante à observada entre homens.

Conforme mencionado, além do diagnóstico correto, um passo importante da avaliação de usuários agitados consiste na estimativa do risco de violência. **Uma história pregressa de violência é notavelmente um fator de risco.** Homens têm risco maior para atos violentos. Abuso de álcool e/ ou drogas é um fator consistentemente de risco encontrado na literatura.

Quadro 19 – Fatores de risco para agressividade e violência

FATORES DE RISCO	DESCRIÇÃO
Demográficos	Sexo masculino, jovem (15 a 24 anos), baixo nível de instrução, desempregado, sem rede de suporte social.
Antecedentes	História de vitimização precoce, violência no passado, abuso de substâncias, modelo parental violento.
Transtornos relacionados com o uso de substâncias	Intoxicação ou abstinência.
Transtornos de personalidade	Tolerância psicológica baixa para frustração, crítica e proximidade interpessoal, baixa autoestima, tendência a projeção e exteriorização da raiva, irritabilidade.
Psicose	Alucinações auditivas (vozes no comando), delírios paranoicos, desconfiança, baixo controle dos impulsos, <i>insight</i> pobre e baixa adesão ao tratamento.

Sinais sugestivos de heteroagressividade

- Punhos e dentes cerrados;
- Agressividade verbal;
- Tendência à aproximação excessiva;
- Perplexidade;
- Movimentação excessiva;
- Inclinação em direção ao entrevistador;
- Volume de voz elevado;
- Persecutoriedade.

11.3.2 Diagnóstico Diferencial

Indivíduos com comportamento agitado e/ou violento constituem um grupo extremamente heterogêneo. **Deve-se enfatizar que nem todos esses indivíduos têm um transtorno mental.** Diversos aspectos podem ser importantes no processo de avaliação.

O completo exame do estado mental deve ser realizado. Alguns elementos-chave são notáveis, como o conteúdo do pensamento, a orientação, a determinação do nível de consciência e a sensopercepção.

Condições médicas associadas aos quadros de agitação psicomotora e violência:

- **Transtorno mental orgânico:** demência, *delirium* e outros distúrbios do sistema nervoso central (traumatismo cranioencefálico, epilepsias, acidente vascular encefálico);
- **Infecções;**
- **Neoplasias;**

- **Doenças metabólicas ou endocrinológicas**, por exemplo, hipoglicemia, hipertireoidismo;
- **Doenças reumatológicas**;
- **Transtornos mentais**:
 - Esquizofrenia;
 - Episódios maníacos/mistos;
 - Transtornos da personalidade;
 - Abuso de substâncias psicoativas;
 - Transtornos da conduta e desafiador de oposição;
 - Deficiência intelectual.
- **Medicamentos que podem causar agitação psicomotora**:
 - Anticonvulsivantes: barbitúricos, carbamazepina, valproato, fenitoína;
 - Anti-histaminérgicos Sedativos: benzodiazepínicos, álcool;
 - Hormônios: andrógenos, estrógenos, progesterona, hormônios tireoidianos, corticoides;
 - Anticolinérgicos;
 - Antiarrítmicos: digitálicos, lidocaína, procainamida;
 - Anti-infecciosos: amantadina, tiabendazol, isoniazida, cloroquina, dapsona, penicilina, anfotericina B, metronidazol;
 - Alucinógenos: cannabis, ácido lisérgico, mescalina, psilocibina;
 - Antidepressivos Antipsicóticos;
 - Estimulantes: cocaína, anfetaminas, cafeína, efedrina, metilfenidato, pseudoefedrina, teofilina;
 - Bloqueadores beta-adrenérgicos: propranolol, atenolol;
 - Agentes quimioterápicos: cisplatina, vincristina;
 - Outros: bromocriptina, carbidopa, levodopa, dissulfiram, alfametildopa, metilsergida, metoclopramida.

11.3.3 Infância e Adolescência

Agitação e agressividade graves são motivos comuns para encaminhamento de crianças e adolescentes aos serviços de emergência psiquiátrica. Eles podem ser levados por familiares, polícia ou serviços médicos de emergência e podem ou não apresentar sintomas ativos durante o atendimento. A primeira etapa do atendimento consiste em garantir segurança para o usuário, a sua família e a equipe técnica.

No atendimento de crianças e adolescentes agressivos e agitados, é fundamental que se estabeleça um diagnóstico diferencial para a definição do tratamento de curto prazo e para a elaboração de um plano de avaliação e/ou tratamento a longo prazo. É necessário, portanto, que se colha uma história médica e psiquiátrica detalhada, incluindo diagnósticos e tratamentos prévios, uso de medicações e uso de substâncias.

Pode ser necessário realizar contenção física ou química durante a avaliação, para garantir a segurança do usuário, do profissional e das pessoas ao redor. **O comportamento do usuário**

deve ser controlado antes que seja possível fazer uma avaliação médica e psiquiátrica e colher a história.

Os adolescentes podem ser avaliados sozinhos, sendo assegurado ao jovem o sigilo médico, que só não será mantido caso houver risco ao usuário ou a terceiros. A presença de familiares pode ser incentivada, mas não é obrigatória inicialmente, embora seja necessária em um momento posterior, para que seja coletada uma história objetiva e para que se faça a avaliação das relações familiares. Além do relato dos pais e familiares, informações de outros profissionais que estejam atendendo o usuário, de outros cuidadores, da escola e de serviços de proteção podem auxiliar na avaliação e no planejamento terapêutico.

11.3.4 Gestação e Puerpério

A gravidez é considerada um período de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Sendo uma fase da vida da mulher que necessita de especial atenção, apresenta inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem influenciar diretamente a saúde mental destas usuárias.

Os distúrbios psiquiátricos que surgem neste período, além do grande impacto, por vezes duradouro, sobre a saúde da mãe, também podem causar repercussões sérias na sua família, especialmente no cônjuge e, mais importante, exercer efeitos indesejáveis sobre o desenvolvimento psicológico do recém-nascido.

É importante ter noção que apenas 5 a 14% das mulheres com doença mental diagnosticada durante a gravidez recebem algum tratamento psiquiátrico. **Uma abordagem biopsicossocial é o modelo ideal para gestão de uma mulher grávida.**

Toda gestação com algum transtorno psiquiátrico importante deve ser considerada de alto risco. A gestante e o feto devem ser monitorados cuidadosamente durante toda a gestação e o pós-parto atuais e seguintes.

Orientações gerais para transtornos mentais no período perinatal:

- Planejar a gestação, sempre que possível, com a usuário em remissão;
- Avaliar a história da doença: frequência e gravidade dos episódios, resposta prévia às medicações, duração da estabilidade clínica com e sem medicação, tempo de recaída após a retirada do medicamento e média de tempo de resposta clínica após a reintrodução da droga. A gravidade da doença materna é o parâmetro mais importante;
- Estimular comportamentos saudáveis: aderência ao pré-natal uso de vitaminas (ácido fólico), dieta saudável, exercícios e cursos pré-natal;
- Usar psicofármacos com mais informações de segurança na gestação e na lactação;
- Preferir a monoterapia, sempre que possível;
- Usar dose adequada. É frequente a dose ser reduzida durante a gestação na tentativa de limitar o risco para o feto, o que pode aumentar o risco de recaída. Muitas vezes é necessário aumentar a dose da medicação ao longo da gestação (sobretudo no terceiro trimestre), reduzindo-a aos níveis pré-gravídicos no pós-parto;

- Não retirar a medicação semanas antes do parto para evitar os sintomas perinatais. Manter a dose mínima eficaz nesse período, orientando o obstetra e o pediatra sobre os possíveis sintomas perinatais;
- Monitorar possíveis malformações congênitas com ultrassonografia;
- Planejar a amamentação durante a gestação;
- Associar, sempre que possível psicoterapia;
- Ampliar o suporte psicossocial;
- Envolver sempre o parceiro e familiares.

11.3.5 Idoso

A avaliação psiquiátrica de urgência de usuários idosos depende da correta interpretação da complexa interdependência de sistemas funcionais envolvidos nas operações mentais. Não apenas funções do próprio sistema nervoso central (SNC) apoiam tais sistemas operacionais, mas também, e especialmente no caso do idoso, a homeostase sistêmica constitui pano de fundo importante na perfeita orquestração dessas funções.

Os transtornos podem ser causados tanto por condições psiquiátricas de início tardio ou descompensações de transtornos antigos quanto por outras doenças clínicas de surgimento mais tardio, ou, ainda, por condições crônico-degenerativas que se tenham deteriorado ou se tornado agudas. De qualquer forma, a maioria das condições que se apresentam como emergências psiquiátricas no idoso deriva de uma causa física ou orgânica de base, portanto é **essencial que os médicos investiguem, com cuidado, condições clínicas nessa vulnerável população de usuários.**

Lembrar que a população idosa faz uso de polifarmácia que podem causar situações de iatrogenia, não somente pelos efeitos colaterais de uma substância em particular, mas às interações entre elas. Deve-se questionar todas as medicações em uso, mesmo que não sejam psicotrópicas.

Medicações anticolinérgicas são especialmente indutoras de *delirium*, e sua lista abrange praticamente todas as especialidades médicas.

Medicações hipoglicemiantes em excesso podem gerar confusão mental no idoso associada a sudorese fria, experimentadas sobretudo à noite ou de madrugada, após a última dose de insulina.

Antiparkinsonianos, (em especial a levodopa) e **corticoides** podem gerar quadros psicóticos ou de agitação grave em idosos.

Antidepressivos e inibidores de apetite podem ocasionar virada maníaca, ideação suicida, ansiedade ou outros sintomas de ativação.

11.3.6 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

O manejo de usuários com quadros de agitação aguda tem alguns objetivos principais tanto na criança e adolescente, adulto e idoso:

- Reduzir o sofrimento do usuário: psicológico ou físico (p. ex., por autoagressão ou acidentes);
- Reduzir o risco de dano a terceiros (incluindo o médico e a equipe de saúde) por meio da manutenção de um ambiente seguro;
- Ajudar o usuário a manejar suas emoções e seu comportamento, bem como a readquirir controle sobre seu comportamento;
- Evitar danos ao usuário (prescrever medicamentos seguros e monitorar a saúde física).

O manejo de usuários agitados inclui estratégias terapêuticas **coercivas e medidas não coercivas**. A administração involuntária de medicamentos e contenção/reclusão são exemplos de medidas coercivas. Os usuários consideram tais medidas traumáticas, tanto do ponto de vista físico como do psicológico.

Além disso, tais medidas podem comprometer a integridade da relação médico-usuário. Dessa forma, o manejo ambiental e comportamental, bem como técnicas de desescalamento verbal devem ser priorizados no manejo da agitação aguda. Atualmente, medidas de contenção são reservadas para casos em que estratégias não coercivas se mostrem ineficazes ou quando a prevenção imediata da integridade do usuário ou de terceiros se faça necessária. **A manutenção de uma boa relação médico-usuário, fundamentada na empatia, é uma das prioridades no manejo da agitação aguda.**

Medidas não coercivas: O tratamento não coercivo da agitação aguda baseia-se em intervenções precoces e orientadas que objetivam desescalonar o quadro comportamental. O profissional de saúde deve estabelecer uma boa e empática relação médico-usuário. Sempre que possível, o usuário deve ser informado e consentir com as diversas intervenções. O ambiente deve ser tranquilo e seguro para todos os presentes.

Intervenções comportamentais e ambientais:

- Implementação de protocolos e rotinas para o manejo de usuários agitados e/ou violentos;
- Treinamento constante e reciclagem dos membros da equipe que presta cuidados;
- Disponibilidade de uma equipe de segurança;
- Remoção de objetos que possam ser utilizados como armas;
- O usuário e o clínico devem estar em posição que permita a ambos alcançar a porta, que deve estar aberta;
- Remoção ao máximo de estímulos externos;
- Redução do tempo de espera para consulta.

Desescalamento verbal:

- Respeito ao espaço pessoal do usuário;
- Não ser provocativo;
- Estabelecimento de contato verbal;
- Concisão (capacidade de expressar a totalidade da mensagem que deseja transmitir usando poucas palavras);
- Identificação de desejos e sentimentos do usuário;

- Escuta cuidadosa;
- Concordar ou "concordar para discordar";
- Estabelecimento de limites claros;
- Oferta de escolhas e demonstração de otimismo;
- Diálogo de modo coeso com o usuário e a equipe.

Medidas coercivas: As medidas de contenção consistem na utilização de meios físicos ou farmacoterápicos para o controle comportamental do usuário agitado com reasseguramento da segurança e da integridade do usuário e de terceiros.

Tais medidas devem ser utilizadas apenas quando técnicas não coercivas se mostrarem ineficazes ou na eventualidade de risco imediato à integridade do usuário ou da equipe de saúde.

Contenção física: Se as técnicas de atenuação forem mal sucedidas, o coordenador deve assumir a liderança do processo de contenção mecânica.

O coordenador deve:

- Comunicar ao usuário o que se passa e manter as técnicas de atenuação;
- Garantir a não obstrução das vias respiratórias do usuário;
- Monitorizar os sinais vitais e o comportamento do usuário;
- Considerar o uso de medicações a fim de evitar as contenções prolongadas.

Quadro 20 – Técnicas de atenuação

NÍVEL DE AGITAÇÃO	TÉCNICAS DE ATENUAÇÃO UTILIZADAS
<p>Nível 1 Ocorre uma mudança ou uma intensificação dos comportamentos: choro, andar de um lado para o outro, inquietação, elevação do tom de voz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atitude de apoio, empatia e escuta ativa; • Realizar perguntas abertas, ajudar o usuário a expressar seus pensamentos/sentimentos; • Reduzir estímulos; • Reavaliar as abordagens; • Oferecer medicação.
<p>Nível 2 Ocorre um comprometimento da racionalização. O usuário grita, tem um comportamento beligerante, sarcástico. Podem ocorrer intimidações com ameaças verbais, além de movimentos despropositados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitar o ambiente de atendimento, isolar a situação; • Permitir que o usuário expresse suas emoções; • Perguntar sobre o seu problema e estimular a racionalização; • Oferecer e negociar opções realistas; • Fazer perguntas abertas sobre os motivos de irritação do usuário; • Demonstrar preocupação e atenção; • Mobilizar a equipe, planejar outras técnicas de atenuação e, se necessário, controle físico.
<p>Nível 3 Ocorreu perda de controle por parte do usuário e houve necessidade de ação física.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imobilizar fisicamente o usuário; • Realizar contenção mecânica e fazer uso de medicações.
<p>Nível 4 Ocorreu uma requisição de controle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Restabelecer o vínculo terapêutico.

Fonte: Baseado em Cowin et al., 2003

Existem duas modalidades de contenção física: a contenção mecânica e a reclusão.

A reclusão consiste em isolar o usuário em um ambiente calmo e seguro, geralmente uma sala com proteção nas paredes e no solo.

A contenção mecânica é uma medida de uso corriqueiro e eficaz quando bem utilizada e indicada.

Alguns aspectos devem ser levados em consideração para que de fato a contenção física seja eficaz em controlar a agressividade do usuário:

- **A contenção mecânica deve ser realizada por uma equipe de cinco membros treinados.** Apenas um dos profissionais assistentes conversa com o usuário. Algumas vezes é necessária a colocação de uma faixa torácica após a imobilização dos membros;
- As faixas de contenção devem ser de material resistente;
- O diálogo com o usuário deve ser claro, e este deve ser informado do procedimento em curso;
- O usuário deve ser contido em decúbito dorsal com a cabeça levemente elevada. Deve-se assegurar que a posição dos membros superiores permita acesso venoso;
- O usuário deve sempre ser revistado em busca de armas ou drogas;
- Deve-se monitorar o nível de consciência e os parâmetros vitais;
- Após adequado controle comportamental, as faixas devem ser retiradas;
- Pode ser necessária rápida tranquilização farmacológica do usuário, mesmo após a contenção mecânica.

11.3.7 Tratamento Medicamentoso

O tratamento farmacológico da agitação aguda objetiva o controle comportamental do quadro, comumente referido na literatura científica como tranquilização rápida.

Riscos e cuidados na psicofarmacoterapia da agressividade/agitação psicomotora:

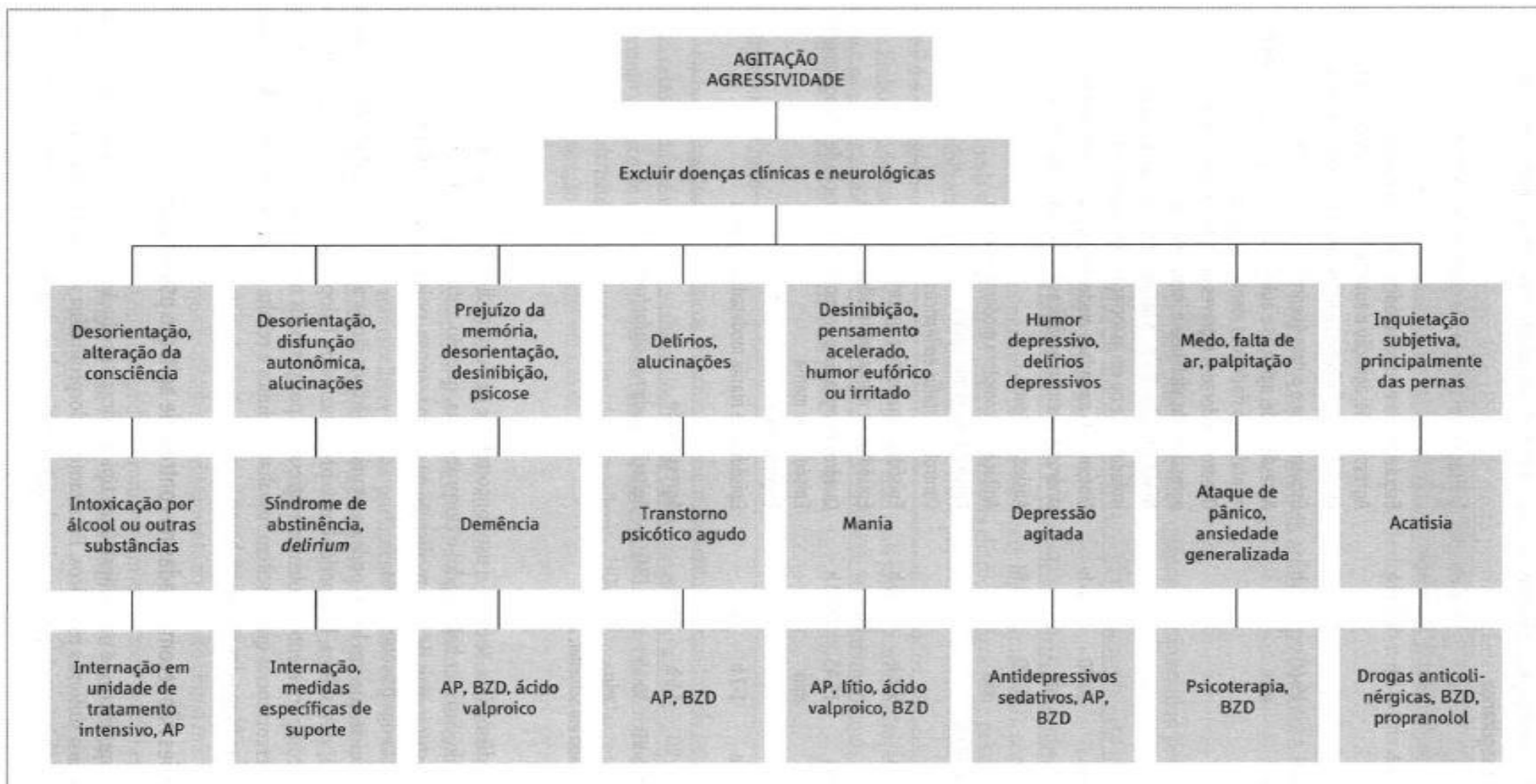
- Riscos sedação excessiva;
- Interação farmacológica com substâncias ilícitas;
- **Interação dos psicofármacos com os quadros clínicos e/ou psiquiátricos;**
- Efeitos colaterais específicos das diferentes medicações;
- Manter comunicação com o usuário e seus familiares;
- Manter uso das técnicas verbais de atenuação;
- **Monitorizar os sinais vitais e o comportamento do usuário;**
- Registrar em prontuário as medicações e as doses administradas;
- Verificar a dose total diária administrada.

Os fármacos mais utilizados no manejo da agitação/agressividade são os antipsicóticos típicos, os benzodiazepínicos e os antipsicóticos atípicos.

Deve-se dar preferência ao uso de medicamentos orais, pois essa opção pode facilitar a relação do usuário com a equipe durante a continuidade dos cuidados, além de aumentar o número de opções terapêuticas.

Deve-se ter em mente que o processo de avaliação inicial pode influenciar o tipo de fármaco a ser utilizado. Por exemplo, em casos de *delirium tremens*, pode-se inicialmente prescrever um benzodiazepínico. Em casos de intoxicação por estimulantes, pode-se considerar o uso de um benzodiazepínico, pois é possível que antipsicóticos diminuam o limiar convulsivo. Já em um usuário intoxicado pelo álcool deve-se dar preferência a um antipsicótico.

Figura 09 – Fluxograma de atendimento usuário com agitação ou agressividade



Fonte: Forlenza, 2012.

Tratamento da agitação/agressividade segundo o diagnóstico diferencial AP: antipsicótico; BZD: benzodiazepínico. Modificado de Mavrogiorgou *et al.*, 2011.

Recomendações de medicações injetáveis:

- O midazolam IM, 7,5-15 mg, foi mais rapidamente sedativo que a combinação de haloperidol 5-10 mg e prometazina 50 mg;
- A combinação de haloperidol 10 mg e prometazina 25-50 mg teve a mesma efetividade aguda que olanzapina 10 mg, mas o efeito da combinação foi mais duradouro;
- A combinação de haloperidol 5-10 mg e prometazina 50 mg foi mais efetiva e mais bem tolerada que o uso isolado de haloperidol 5-10 mg;
- O uso de clorpromazina IM está associado à hipotensão súbita, além de importantes efeitos anticolinérgicos, o que pode ser especialmente problemático para usuários idosos e/ou com *delirium*. Pelo risco de morte súbita não se recomenda seu uso atualmente;
- O uso de benzodiazepínicos e antipsicóticos por via endovenosa (EV) não deve ser indicado, exceto em circunstâncias excepcionais, em virtude do risco de depressão respiratória e do sistema nervoso central;
- O uso de diazepam IM e de antipsicóticos de depósito (ex: Haloperidol Decanoato) não é recomendado em situações de urgência em razão do risco de absorção errática e de pouca previsibilidade em relação à eficácia aguda.

Quadro 21 – Medicamentos recomendados para o tratamento da agitação aguda

	DOSE INICIAL (MG)	TEMPO MÁXIMO*	REPETIR	DOSE MÁXIMA, 24 H (MG)
Medicamentos Orais				
Haloperidol §	5	30-60 min	15 min	20
Medicamentos IM				
Haloperidol §	5	30-60 min	15 min	20
Medicamentos EV				
Diazepam #	10	Imediato	5-10 min	30
Haloperidol ¥	2-5	Imediato	04 h	10
* Tempo para o pico plasmático.				
§ Apresenta maior risco de efeitos extrapiramidais que os outros fármacos. Considerar uso concomitante de prometazina 25 mg via oral ou prometazina 25-50 mg IM.				
# Ter disponível flumazenil EV para a reversão de possível depressão respiratória induzida por benzodiazepínico.				
¥ Uso de haloperidol EV está associado a prolongamento de intervalo QTc no eletrocardiograma. Se possível, evitar. Utilizar menor dose e considerar monitoramento cardíaco. IM, intramuscular; EV, endovenoso.				

Fonte: Botega, 2012.

Tratamento Medicamentoso nas Crianças e Adolescentes

No caso de comportamentos agressivos, a intervenção deve ser adequada para a gravidade do quadro:

- **Agressão leve**, sem destruição de propriedade (com ou sem comportamento ameaçador), pode ser controlada com intervenções psicossociais;
- **Agressão moderada a grave ou comportamento ameaçador** com risco importante podem ser tratados com antipsicóticos intramusculares, avaliando-se a necessidade de contenção física caso houver risco iminente ao próprio usuário ou a terceiros;

Algumas crianças e adolescentes podem tranquilizar-se logo após a entrada no serviço de emergência ou a tomada de medicação por via oral, possivelmente pelo efeito do próprio atendimento médico e da mudança.

A criança apresenta maior capacidade de metabolização hepática, maior filtração glomerular e menor quantidade de tecido adiposo. Portanto, as substâncias são eliminadas mais rapidamente, de forma que elas podem necessitar ou tolerar dosagens maiores que adultos em termos de miligramas por peso.

De modo geral, os antipsicóticos são os psicofármacos mais utilizados em quadros de agitação na infância. O haloperidol pode ser administrado na dosagem de 0,1 a 0,5 mg/kg/dia (máximo de 1 mg/kg/dia) VO ou IM.

Quadro 22 – Principais medicações utilizadas em emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes

MEDICAÇÃO	DOSE E VIA DE ADMINISTRAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA POR DIAGNÓSTICO	APROVAÇÃO PELA FDA	CONSIDERAÇÕES
Haloperidol	VO: iniciar com 0,5 mg/dia com dose-alvo de 0,05-0,15 mg/kg/dia, para transtornos psicóticos, e de 0,05-0,075 mg/kg/dia, para quadros não psicóticos VO IM	Transtorno de Tourette – Grau I Sintomas psicóticos – Grau II Hiperatividade, alterações de comportamento, hiper excitabilidade – Grau II	A partir de 3 anos	A eficácia não é bem estabelecida para faixa etária pediátrica; não utilizar em menores de 3 anos. O uso de substâncias anticolinérgicas pode causar ativação do comportamento. A condição para o uso é ter fácil acesso a substâncias anticolinérgicas para administração IM em caso de SEP.
Olanzapina	2,5-10 mg VO IM	Esquizofrenia – Grau II Transtorno do humor bipolar – Grau II	A partir de 13 anos A partir de 10 anos	Apesar de não ser oficialmente recomendada, estudos recentes sugerem que a olanzapina VO é eficaz e segura para distúrbios do comportamento nessa faixa etária. A formulação IM não é recomendada para menores de 18 anos. Maior risco de efeitos colaterais.
Midazolam	0,1-0,15 mg/kg VO IM EV	Não aprovado para agressividade e agitação psicomotora	Aprovado para sedação pré-cirúrgica em crianças e adolescentes	Maior risco de ativação do comportamento. Menor tempo de ação em relação ao haloperidol. Pode causar sedação profunda e depressão respiratória. O flumazenil (antagonista) deve estar disponível.
Risperidona	0,5-2,0 mg/dia VO	Esquizofrenia – Grau II Transtorno do humor bipolar – Grau I Agressividade – Grau I Transtorno de Tourette – Grau I	A partir de 13 anos A partir de 10 anos Irritabilidade em usuários autistas de 5 a 16 anos	Antipsicótico mais utilizado nessa população.
Ziprasidona	10-20mg VO IM	Esquizofrenia – Grau II Transtorno do humor bipolar – Grau II	A partir de 13 anos A partir de 10 anos	Dados recentes sugerem que pode ser segura e efetiva no tratamento de distúrbios do comportamento. Monitoração de ECG recomendável (risco de aumento do intervalo QT).
Biperideno	0,04 mg/kg/dose (dose repetida a cada ½ hora, se necessário, até um máximo de 4 doses/dia) IM EV	Sintomas extrapiramidais induzidos por medicações		A postura distônica induzida por medicação pode ser rapidamente revertida pela administração EV lenta de 1-2 mg de biperideno. Monitorar possível reação adversa anticolinérgica, que, apesar de ser mais frequente em superdosagens, também pode acontecer com doses terapêuticas. Evitar administração concomitante com outras substâncias que apresentem efeitos

FDA, Food and Drug Administration; VO, via oral; IM, intramuscular; EV, endovenosa; SEP, Sintomas extrapiramidais; ECG, eletrocardiograma.

Nível de evidência: Grau I – pelo menos uma revisão sistemática de vários ensaios clínicos randomizados controlados; Grau II – evidência de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado.

Fonte: Botega, 2012

Tratamento Medicamentoso na Gestação e Puerpério

O tratamento vai variar dependendo do tipo de transtorno, da gravidade dos sintomas, e da história prévia de tratamento e resposta.

Qualquer decisão de continuar ou iniciar o tratamento durante a gestação deve refletir a avaliação dos seguintes fatores:

- Risco do feto à exposição ao medicamento;
- Risco da doença não tratada para a mãe e para o feto;
- Risco de recaída associada à retirada de um tratamento de manutenção.

Com raras exceções, toda droga ou substância química pode passar pela placenta e chegar ao feto em várias concentrações, dependendo de sua solubilidade lipídica e de sua estrutura química. As consequências da exposição pré-natal aos psicotrópicos para o feto não são bem estabelecidas.

Quatro tipos de riscos são citados:

- Risco de abortamento;
- Risco de malformação dos órgãos ou teratogênese;
- Risco de toxicidade neonatal e síndrome de abstinência durante o período neonatal;
- Risco de sequelas neurocomportamentais no longo prazo.

Quadro 23 – Recomendações sobre tratamento durante a gestação e puerpério

QUADRO PUERPERAL	PREVALÊNCIA	ORIENTAÇÃO E TRATAMENTO
Disforia puerperal	50 a 85%	<ul style="list-style-type: none">• Normalização dos sintomas;• Aumento do suporte social, envolvimento familiar e conjugal.
Depressão puerperal	10 a 15% Risco de recorrência em até 50% nas gestações seguintes	<ul style="list-style-type: none">• Medidas não farmacológicas;• Aumento do suporte social, envolvimento familiar e conjugal. Ampliar ajuda dos cuidados dos outros filhos;• Exercício físico;• Psicoterapia: terapia cognitivo-comportamental e terapia interpessoal;• Medicação;• Avaliar a manutenção da amamentação: riscos da medicação para o bebê, risco do não tratamento para a mãe e para o bebê.
Psicose puerperal	0,1 a 0,2% Risco de recorrência em até 70% nas gestações seguintes	Urgência médica: <ul style="list-style-type: none">• Internação psiquiátrica;• Investigação das causas orgânicas;• Orientação familiar dos riscos para a mãe e para o bebê: suicídio e infanticídio;• Tratamento farmacológico;• Interrupção da amamentação. Em quadros maniformes, acompanhar a puérpera por um ano, com retirada da medicação gradual e sob supervisão.

Fonte: Forlenza, 2012.

Classificação de risco do uso de medicações durante a gestação

- A. Estudos controlados não mostram risco. Estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas não demonstraram risco no feto;
- B. Não há evidência de risco em humanos. Os estudos em animais ou não mostram riscos, ou mostram, mas não em humanos;
- C. Risco não pode ser descartado. Não existem estudos em humanos, e os estudos em animais ou mostram riscos no feto ou não existem. Entretanto os benefícios podem superar os riscos;
- D. Evidência positiva de risco. Dados de investigação ou pós-comercialização mostram risco para o feto. Entretanto os benefícios podem superar os riscos.

Contra-indicada na gravidez: Estudos em animais ou humanos, ou dados de investigação ou pós-comercialização, mostram risco fetal que claramente supera qualquer benefício ao usuário.

Antipsicóticos: Os antipsicóticos de gerações mais recentes têm, em geral, a preferência no tratamento, em especial por sua eficácia em sintomas negativos. Destes, a **risperidona** usufrui de mais tempo no mercado, e riscos não lhe têm sido atribuídos, embora ainda apresente risco C.

Quetiapina e olanzapina: Também têm alguma segurança associada (risco C), pois não se fez ainda nenhuma associação de teratogenicidade. A quetiapina é a menos estudada até o momento, mas pode ser interessante por sua falta de ação sobre a prolactina, assim como a clozapina (risco B), particularmente segura, mas com a limitação da farmacovigilância relacionada à agranulocitose, além de efeitos hipotensores e grande sedação.

O haloperidol e as fenotiazinas (levomepromazina, clorpromazina): Apresentam segurança relativamente bem estabelecida, pelo tempo de mercado que possuem (risco B). O haloperidol chegou a ser usado, em doses baixas, como alternativa para hiperemese gravídica. Possíveis limitações podem residir nos efeitos colaterais.

Benzodiazepínicos: Têm tido alguma teratogenicidade associada, embora os dados sejam controversos pela sua frequente associação com álcool e drogas ilícitas.

Diazepam e benzodiazepínicos de meia-vida longa são associados de forma costumeira, quando usados no último trimestre, a recém-nascidos hipotônicos ou com lentificação de respostas, incluindo o reflexo para mamar; por isso, seriam classificados como risco D.

Uso de Psicofármacos Durante a Lactação: Atualmente, muitos antidepressivos estão sendo estudados em relação à lactação, e os ISRS foram os menos presentes no leite materno. Também foram consideradas seguras (de baixo risco) as seguintes drogas: a maioria dos tricíclicos, benzodiazepínicos em dose baixa e única, carbamazepina, valproato em doses baixas e fenitoína.

Drogas como haloperidol, fenotiazinas em baixas doses, IMAOS, ISRS, benzodiazepínicos e betabloqueadores foram consideradas de risco moderado. A clozapina é contra-indicada pelo risco de agranulocitose, e estudos realizados em animais detectaram-na no leite. Antipsicóticos de última geração ainda têm poucos estudos, devendo-se então não utilizá-los.

“Deve-se evitar também o uso do carbonato de lítio pelo risco de toxicidade no bebê. Ainda há poucos estudos relacionados aos novos antidepressivos para que possam ser utilizados com segurança” (Botega *et al.*, 2006, apud Camacho *et al.*, 2006).

Eletroconvulsoterapia (ECT): Gestantes severamente deprimidas, com ideias suicidas, quadros de mania, catatonia ou psicose podem necessitar de internação e, com frequência, o tratamento de escolha nesses casos é a ECT.

Duas revisões recentes constataram que seu uso é seguro e eficaz durante a gestação. Em uma revisão com 300 casos tratados com ECT durante a gestação, publicados nos últimos 50 anos, houve relato de quatro trabalhos de parto prematuros apenas. Não houve nenhum caso de ruptura prematura de placenta (NONACS e COHEN, 2002).

Pesquisas recentes sugerem que o risco é mínimo durante a gravidez, tanto em relação à própria ECT quanto aos medicamentos utilizados durante o procedimento, fazendo da ECT um recurso útil no tratamento de transtornos psiquiátricos em gestantes. Maletzky (2004) realizou um estudo de revisão de 27 casos, descrevendo que, em quatro destes, a condição de gestante foi a principal indicação para a escolha de ECT como medida terapêutica, escolha esta realizada em função da segurança do método em relação aos riscos que podem haver quando ocorrem transtornos depressivos nessa fase.

A ECT seria um procedimento adequado também como alternativa à farmacoterapia convencional às mulheres que não poderiam ser expostas a determinados tipos de medicações durante a gravidez, ou àquelas que não responderam ao tratamento farmacológico.

É importante discutirmos o uso desta valiosa ferramenta de tratamento no âmbito do SUS, visto que ainda existem muitos tabus referentes à mesma, e a ampliação de acesso sendo que existe plena documentação e estudos baseados em evidência que comprovam não somente sua segurança como a sua eficácia.

Tratamento Medicamentoso Idoso: É importante saber a etiologia da agitação, para se proceder a uma escolha mais racional do tipo de agente farmacológico. A agitação no caso de uma catatonia hipercinética, por exemplo, responderá bem à administração de benzodiazepínico EV, mas poderá responder mal ao uso de antipsicóticos. Na agitação em contexto de delirium, ao contrário, o antipsicótico pode auxiliar, e o benzodiazepínico, agravar o quadro.

Também é importante, no momento da escolha do medicamento, lembrar que o metabolismo do idoso é mais lento assim como a absorção e eliminação do mesmo podendo acarretar em efeitos secundários.

Quadro 24 – Medicamentos prescritos para idosos, benefícios e riscos

MEDICAÇÃO	DOSE	BENEFÍCIOS	RISCOS
Clorpromazina	25-100 mg VO 25-50 mg IM	Muito sedativa. Menos SEP/distonia que outros típicos.	Maior risco de hipotensão ortostática e toxicidade cardiovascular em idosos.
Diazepam	5-10 mg VO ou EV	Sem SEP/distonias. Também usado para abstinência de álcool ou benzodiazepínicos.	Depressão respiratória. Metabólito ativo resultado em longo período de ação, por isso, problemático se há disfunção hepática. Na apresentação IM, a absorção é errática.
Prometazina	25-50 mg VO, IM ou EV	Previne/trata SEP/distonias quando associada a antipsicóticos.	<i>Delirium</i> anicolinérgico com doses altas em idosos.
Haloperidol	5-50 mg EV	Sedativo. Início de ação rápido. Baixo custo. O mais indicado para a agitação no <i>delirium</i> .	Raros SEP na forma EV. Muito seguro do ponto de vista cardiovascular.
Olanzapina	5-10 mg VO (comprimido ou orodispersível) 5-10 mg IM Até 20 mg/dia	Menos SEP/distonias. Menos sedativa. Apresentação dispersível boa para idosos com dificuldades de deglutição.	Dose máxima rapidamente alcançável. Alto custo.
Risperidona	0,25-3 mg	Segurança cardiovascular.	Deve ser evitada em idosos devido à alta incidência de SEP.

SEP: Sintomas extrapiramidais; VO: via oral; IM: intramuscular; EV: endovenosa.

Fonte: Botega, 2012.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

11.4 Manejo de Situações de Estresse Agudo

Trauma é um conceito abrangente e multifacetado, e os eventos traumáticos, no decorrer da vida, são inúmeros e muito prevalentes. Em uma realidade em que a violência é presente em várias formas e em que todos os cidadãos estão vulneráveis a situações de estresse grave, especialmente as que incorrem em ameaça clara à vida, torna-se impossível que os profissionais da saúde deixem de considerar os efeitos nocivos e muitas vezes incapacitantes que tal fenômeno social disseminado, a violência, causa na vida mental das vítimas e na de seus familiares.

A partir da vivência direta ou indireta de uma situação violenta, uma pessoa pode desenvolver uma série de transtornos mentais, como transtorno de estresse agudo, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) agudo e crônico, transtorno de ajustamento e quadros psicóticos reativos breves.

Nos casos atendidos no pronto-socorro, a emergência cirúrgica ou clínica acaba se sobrepondo de maneira a deixar encoberto ao socorrista um estado emocional patológico da vítima após ter sofrido uma tentativa de assassinato, estupro, acidente automobilístico grave, desastre natural ou mesmo terrorismo.

De forma acertada, a prioridade é estabilizar rapidamente a emergência que causa risco imediato à vida. No entanto, uma avaliação resumida e objetiva do usuário, com enfoque em identificação de sintomas preditivos, posterior à retirada do risco de vida, é fundamental para o tratamento precoce de condições graves, como o transtorno de estresse agudo, que poderão levar a uma das doenças psiquiátricas mais frequentes e incapacitantes no Brasil, o transtorno do estresse pós-traumático e suas comorbidades

11.4.1 Avaliação e Diagnóstico

Tanto o transtorno de estresse agudo quanto o TEPT são dos poucos transtornos mentais em que é possível saber com exatidão qual foi a causa e quando se deu o desencadeamento da doença. A presença do trauma e a violência que o gerou são obrigatórias em seu diagnóstico, e o tempo que se passou desde o evento torna-se importante a ponto de questionar-se uma “hora de ouro” ou “janela terapêutica” psiquiátrica para a intervenção e consequente prevenção das sequelas médicas e mentais do traumatizado.

Pode ser subdividido em agudo, quando os sintomas duram de 1 a 3 meses após o trauma, e crônico, quando duram mais de 3 meses. Em alguns casos pode ter início protraído (após mais de seis meses do trauma). Pode apresentar-se de maneira isolada ou, o que é mais comum, acompanhado de outros sintomas e transtornos psiquiátricos.

O diagnóstico deve ser pesquisado nas pessoas com sintomas de ansiedade, depressão ou pensamento suicida, e naquelas com relato de exposição direta ou indireta a evento catastrófico ou violência. Normalmente a pessoa experimentou ou foi exposta a ameaça (real ou percebida) de morte, sério dano à integridade ou violação sexual de forma agressiva. A exposição pode ter sido por experiência direta, por testemunho, por ter sabido de evento traumático ocorrido com parente ou amigo próximo, ou ainda ter sido intensamente exposta a detalhes aversivos de evento ocorrido com pessoa próxima. A exposição indireta é fator de desencadeamento em pessoas suscetíveis ou com predisposição, por transtorno neurótico já existente.

Em todos os casos de transtorno de estresse pós-traumático, os profissionais de saúde devem considerar o impacto da experiência traumática em todos os membros da família e, se necessário, avaliar este impacto e considerar suporte familiar ou tratamento coordenado.

Para a maioria das pessoas a melhor chance de detecção é durante atendimentos de saúde rotineiros oportunos, como após um assalto ou acidente ou quando uma pessoa revela história de violência doméstica.

As pessoas com TEPT podem se apresentar aos serviços de saúde com problemas relacionados, como depressão ou abuso de substâncias; ou ainda com atendimentos repetidos, queixando-se de sintomas físicos sem explicação anatômica e fisiológica.

O que fazer diante de uma vítima de trauma:

Quadro 25 - Mitos e verdades

MITO	VERDADE
Mostrar para o usuário que “existem situações bem piores que a sua” ou que “poderia ser bem pior” e uma boa alternativa para que ele se sinta aliviado.	O usuário, confrontado com vivências extremamente dolorosas e complexas, fica confuso com tais afirmações. Nesse caso, também pode perceber a intervenção da equipe de saúde como uma incapacidade de tolerar o sofrimento, não conseguindo realizar uma intervenção adequada, com falta de empatia
Admitir a gravidade do acontecimento e de sentimentos de tristeza, raiva, desamparo e impotência que decorrem dele aumenta a desesperança e pode piorar os sintomas.	O primeiro passo para estabelecer um vínculo adequado e auxiliar o usuário e reconhecer a gravidade e o impacto do trauma. A partir disso, é possível ajudar o usuário na difícil tarefa de elaborar a situação traumática e encontrar alternativas para retomar seu funcionamento habitual.
Falar sobre o evento traumático pode piorar o prognóstico. O melhor é evitar o assunto.	Ainda que alguns estudos com <i>debriefing</i> tenham resultado em pior prognóstico, perguntar sobre o que aconteceu e afirmar diretamente a intenção de compartilhar com o usuário o que ele está vivenciando é fundamental.
Devem-se omitir informações que possam aumentar a ansiedade do usuário.	Sempre que possível, devemos responder as perguntas do usuário de forma clara, honesta e objetiva. “Conter” a reação emocional a essas informações pode ser bastante terapêutico, favorecendo o processo de elaboração do trauma.
Deve-se evitar falar sobre culpa nessas situações.	Ao ser confrontado com uma realidade traumática, o ser humano imediatamente tenta “achar um culpado”. Se não abordamos a questão da culpa, usuário e/ou familiares vão quase que inevitavelmente atribuir a si ou um ao outro a responsabilidade pelo evento.

Conforme a CID-10:

F43.1 Estado de “stress” pós-traumático

Caracterizado como uma reação patológica de indivíduos que passavam por uma situação considerada traumática, apresentam sintomas de:

Dissociação: Estreitamento do campo de consciência, redução da atenção, desorientação, incapacidade de compreensão de estímulos, anestesiamiento emocional, desrealização e despersonalização, amnésia dissociativa e estupor dissociativo.

Revivescência do evento traumático: Ocorre devido a uma hiperconsolidação das memórias traumáticas, que são integradas ao sistema de memórias narrativas do indivíduo, sendo frequentemente atualizadas por meio de lembranças recorrentes, pensamentos intrusivos, pesadelos e flashbacks acerca do evento.

As lembranças são carregadas de forte teor emocional e de fenômenos sensoperceptivos. O usuário pode relatar sons e odores do ambiente, por exemplo, com facilidade. Durante os flashbacks, os usuários podem apresentar alteração no campo da consciência e reviver o trauma como se ele estivesse acontecendo naquele momento.

Evitação: Os usuários passam a evitar qualquer situação, local ou pessoa associados ao evento, os quais podem se generalizar para outras situações não relacionadas ao trauma, além de apresentarem sintomas de entorpecimento afetivo (numbing), redução da capacidade de reação, restrição afetiva, isolamento social, idéias de futuro abreviado e dificuldades na resolução de problemas.

Hiperestimulação autonômica: Crises de ansiedade, insônia, agitação, irritabilidade, dificuldade de concentração e resposta de sobressalto exagerada devido à hipervigilância.

Humor negativo: Incapacidade persistente de vivenciar emoções positivas (p. ex., felicidade, satisfação ou sentimentos de amor).

Tempo: A duração da perturbação é superior a um mês e está associada a intenso sofrimento ou prejuízo significativo ao usuário.

Prioridades a serem observadas na avaliação inicial:

- **Estabilidade clínica:** se o usuário encontra-se fora de emergência clínica ou cirúrgica, devidamente tratado e estabilizado.
- **Condições gerais do trauma:** determinar o momento, o tipo, a gravidade e o mecanismo do trauma sofrido.
- **Reação do usuário diante do evento:** se os sintomas são marcadamente anormais e/ou incapacitantes; atenção se sintomas dissociativos presentes.
- **Diagnóstico diferencial:** na presença de alteração do nível de consciência e de sintomas aparentemente dissociativos, afastar outra causa devido a condição médica geral

11.4.2 Diagnóstico Diferencial

- **Outros transtornos psiquiátricos:** Pânico, TOC, fobias, depressão, transtorno de humor fase maníaca, início de surto psicótico, transtornos de personalidade;
- **Doenças cardiovasculares:** Anemia, angina, insuficiência cardíaca congestiva, estados adrenérgicos hiperativos, hipertensão, prolapso da válvula mitral, infarto do miocárdio, taquicardia atrial paradoxal;
- **Doenças pulmonares:** Asma, hiperventilação, embolia pulmonar;
- **Doenças neurológicas:** Doença cerebrovascular, epilepsia, doença de Huntington, Doença de Ménière, enxaqueca, esclerose múltipla, acidente vascular isquêmico, transitório, tumor, doença de Wilson;
- **Doenças endócrinas:** Doença de Addison, síndrome carcinoide, síndrome de Cushing, diabetes, hipertireoidismo, hipoglicemia, hipoparatiroidismo, distúrbios da menopausa, feocromocitoma, síndrome pré-menstrual;
- **Intoxicações por drogas:** Anfetamina, nitrito de amilo, anticolinérgicos, cocaína, alucinógenos, maconha, nicotina, teofilina, antidepressivos (ISRS);
- **Abstinência de drogas:** Álcool, anti-hipertensivos, opiáceos e opioides, sedativo-hipnóticos
- **Outras condições:** Dor crônica, anafilaxia, deficiência de vitamina b12, desequilíbrios eletrolíticos, intoxicação por metais pesados, infecções sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, uremia

11.4.3 Infância e Adolescência

Muitas crianças e adolescentes são expostos a eventos traumáticos, como experiências diretas de abuso físico ou sexual, violência doméstica, acidentes automobilísticos, doenças clínicas graves e catástrofes naturais ou causadas pelo homem, que levam ao TEPT plenamente desenvolvido em alguns casos e a pelo menos alguns sintomas do transtorno em muitos outros.

Em crianças e adolescentes, o reviver de um evento traumático muitas vezes é observado por brincadeiras, pesadelos recorrentes sem recordação dos eventos originais e comportamentos que reproduzem situação traumática, em conjunto com agitação, medo ou desorganização.

Em crianças, é comum a apresentação com sintomas de perturbação ou mudanças de padrão do sono. Na avaliação da possibilidade de TEPT, os profissionais de saúde também devem se perguntar diretamente às crianças sobre suas experiências, evitando se basear apenas nas informações dos pais ou cuidadores.

O TEPT é comum em crianças atendidas em emergências após acidentes ou violência, e os profissionais de UPA e hospitais que atendam crianças nesta situação devem informar os pais desta possibilidade, descrevendo brevemente os sintomas (perturbação do sono, pesadelos, dificuldade de concentração, irritabilidade) e aconselhando a buscarem uma unidade de atenção primária caso estes persistam por mais de um mês.

11.4.4 Gestação e Puerpério

O TEPT no período pós-parto tem sido investigado com maior frequência apenas nos últimos dez anos, quando diagnosticado neste período. O transtorno pode ser decorrente de duas condições distintas:

- Algumas mulheres desenvolvem o quadro a partir da vivência de situações traumáticas relacionadas ao parto e/ou à saúde da criança em seus primeiros dias de vida, e complicações maternas ou neonatais seriam os principais fatores de risco neste contexto;
- Um segundo grupo de situações reúne mulheres que vivenciaram algum trauma antes ou durante a gestação, não necessariamente relacionado ao ciclo gestacional. Essas mulheres desenvolvem TEPT no puerpério a partir da revivescência de traumas anteriores ou por continuação do TEPT adquirido durante a gestação. Para esses casos, os principais fatores de risco são o acúmulo de situações traumáticas ao longo da vida.

11.4.5 Idoso

Os transtornos de ansiedade e TEPT frequentemente são comórbidos com o prejuízo cognitivo e as demências nos idosos. O declínio cognitivo deve ser considerado na presença de sintomas ansiosos; por sua vez, a ansiedade e TEPT pode dificultar a apresentação dos sintomas e a habilidade de se comunicar nos indivíduos com demência. Tal como nos adultos jovens, a ansiedade e TEPT em idosos com frequência ocorre associada à depressão.

As consequências da ansiedade na terceira idade são potencialmente graves. Em um estudo prospectivo, observou-se que a ansiedade em geral não há melhora de modo espontâneo após 2 a 3 anos de duração. A hipertensão arterial, hipoglicemia, e doença coronariana podem ser agravadas por estresse e ansiedade crônica.

11.4.6 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

O profissional deve levar em conta que a exposição a eventos traumáticos potencialmente prejudiciais da vida, em ambos os sexos, durante a infância, adolescência e vida adulta pode ser relatado em serviços de saúde, mas apenas uma parte das pessoas expostas a tais eventos desenvolve sequelas psicológicas.

No estresse pós-traumático os pensamentos suicidas são comuns, mas o aumento do risco de suicídio consumado deve-se a uma comorbidade com quadros depressivos importantes. O transtorno de estresse pós-traumático aumenta o uso dos serviços de saúde, mas frequentemente não é reconhecido na atenção primária, ou mesmo secundária.

O que evitar no atendimento:

- **Retraumatização: Não induzir o usuário a descrever o evento traumático, não forçá-lo a retornar à cena violenta;**
- Vitimização;
- Cronificação;

- Medicação desnecessariamente: sintomas leves não devem ser medicados; **evitar benzodiazepínicos**;
- **Não valorizar o impacto destruidor do trauma, não patologizar, não se referir a sintomas reacionais como doença mental**;
- Uma vez feito o diagnóstico de TEPT agudo (sintomas persistem após 30 dias do trauma), encaminhar/tratar corretamente.

Orientações gerais para a equipe:

- Dêem condições para que os usuários desabafem e relatem sua história de eventos traumáticos, sempre que hajam sintomas de ordem psíquica;
- Familiarizem-se com os sinais e sintomas do transtorno de estresse pós-traumático;
- Perguntem sobre a presença de sintomas depressivos coexistentes;
- Após um trauma maior, de grande impacto, discutam o potencial de prevenção do aparecimento de sintomas pós-traumáticos, através de seguimento combinado com especialista;
- **Não aplicar sessões com característica de "interrogatório"**;
- Expliquem ao usuário que podem ser necessários períodos de tratamento de até 12 semanas para reavaliar a eficácia do procedimento utilizado;
- Expliquem que o tratamento com remédios geralmente dura pelo menos um ano;
- Monitorem a eficácia e a aceitabilidade do tratamento ao longo do período;
- Reforçar condição atual de estabilidade clínica e segurança do usuário, afastando-o do ambiente da cena traumática, valorizando o "aqui e agora estou seguro" (ambiente hospitalar/consultório médico, presença da equipe de saúde, equipe de segurança, familiares, etc.);
- Pesquisar dados e detalhes sobre o trauma com terceiros ou familiares, quando possível;
- **Demonstrar otimismo, reforçar aspectos saudáveis do usuário, focar na melhora e no retorno ao funcionamento normal**;
- Pesquisar história de traumas e transtornos mentais atuais e anteriores;
- Dar atenção aos critérios de transtorno de estresse agudo; atenção se todos os critérios presentes e/ou sintomas graves e incapacitantes;
- **Evitar benzodiazepínicos. Considerar betabloqueadores há poucas horas do trauma; trazodona se insônia; baixas dosagens de antipsicóticos atípicos para sintomatologia moderada/grave**;
- Usuários e familiares devem ter noção básica a respeito do que é o TEPT, do quanto esperar, de quando e onde procurar ajuda.

Para pessoas com sintomas há menos de 3 meses, leves a moderados, pode ser oferecida um sistema de vigilância ativa, com retorno agendado para um mês. Deve-se sempre levar em conta as preferências e expectativas dos usuários, além de garantir a continuidade do cuidado através de estratégias de gestão de casos como a busca ativa.

Algumas formas de psicoterapia focadas no trauma, com componentes de exposição ou de reestruturação cognitiva, são altamente eficazes e devem ser oferecidas como tratamento de primeira linha quando disponíveis, para todos os usuários com sintomas moderados a graves ou que não melhoram após um mês de observação.

Para gestantes, estes também devem ser os tratamentos de primeira linha em todos os casos, dado o perfil de segurança duvidoso dos fármacos utilizados no TEPT nesta população.

Para pessoas com depressão ou hipervigilância importantes, deve-se considerar farmacoterapia como tratamento adjuvante ao tratamento psicológico.

Quanto às psicoterapias, deve-se salientar ao usuário que:

- A resposta a um tratamento psicológico não é imediata;
- Um transitório agravamento dos sintomas, por vezes, pode ocorrer;
- As terapias prolongadas são muitas vezes necessárias;
- A dependência do terapeuta pode ocorrer, causando problemas quando o tratamento é interrompido de forma brusca;
- Os resultados encorajadores de curto prazo não são garantia de bons resultados no longo prazo.

11.4.7 Tratamento Medicamentoso

Há algumas possibilidades de prevenir o aparecimento de sintomas psíquicos pós-traumáticos em pessoas expostas a grandes traumas. A administração precoce de benzodiazepínicos ou de propranolol após o trauma dá certo conforto, mas não garante evitar o aparecimento de sintomas pós-traumáticos, nos meses subseqüentes. **Deve-se ter cuidado com a indicação de benzodiazepínicos, pois o risco de dependência é muito grande.**

Em adultos, **o propranolol** foi usado para tratar sintomas de TEPT, especialmente pesadelos e resposta de sobressalto exagerada, com sugestões de melhora.

Farmacoterapia como monoterapia deve ser considerada quando houver depressão comórbida importante ou hiperexcitabilidade grave, com impactos significativos sobre a capacidade de a pessoa se beneficiar de psicoterapia. **Deve ser considerada também quando a pessoa não melhora, não tolere, não deseje ou não tenha acesso a psicoterapias estruturadas.**

Os resultados dos estudos de tratamento controlado por placebo indicam que há evidência para a eficácia de uma gama de antidepressivos, incluindo alguns **ISRS e alguns tricíclicos** e mesmo tetracíclicos.

Entre os tricíclicos, a amitriptilina e a imipramina, disponíveis na maior parte dos municípios, podem ser utilizadas **no caso de falha ou intolerância a fluoxetina.**

O uso simultâneo de psicoterapia e farmacoterapia, pelo menos por um período, pode dar alívio e para algumas pessoas levar a um controle bastante satisfatório dos sintomas. Tratamentos somente com fármacos ou somente com psicoterapia se equivalem, não havendo superioridade de um tipo sobre o outro.

Existem alguns relatos de caso mostrando que os sintomas dissociativos, bem como os flashbacks, podem melhorar com o uso de **antipsicóticos atípicos, como a risperidona**.

No trauma agudo, **benzodiazepínicos devem ser evitados, pois podem piorar o quadro. Seu uso deve ser de curtíssimo prazo (poucos dias) e restrito a casos que apresentem algum risco. Em alguns estudos, usuários que utilizaram benzodiazepínicos, principalmente de maneira prolongada (semanas a meses), desenvolveram mais diagnóstico de TEPT do que aqueles que não haviam usado essas medicações.**

Em casos de insônia, deve-se considerar o uso de indutores do sono não benzodiazepínicos. **Os antidepressivos tetracíclicos, por suas propriedades ansiolíticas e hipnóticas, tem sido utilizada com frequência.** O uso de antipsicóticos atípicos, como **risperidona, olanzapina e quetiapina**, pode e deve ser considerado como opção de tratamento, seja no caso de sintomas dissociativos, de revivescência, seja no caso de hiperestimulação/ hiperreação.

De maneira geral, as intervenções medicamentosas têm o objetivo de diminuir a intensidade dos sintomas do transtorno de estresse agudo, mas ainda não há dados consistentes que evidenciem que a farmacoterapia em fase precoce diminua o risco de TEPT, embora se saiba que não tratar, mesmo na fase aguda, está relacionado a maior cronificação dos sintomas.

Tratamento Medicamentoso na Infância e Adolescência: A farmacoterapia isoladamente não é indicada neste transtorno, a menos que haja uma condição comórbida (i.e., ansiedade ou depressão) que contribua para o transtorno ou resulte dele.

Os agentes antidepressivos para ansiedade e TEPT infantil oferece evidências de que ISRSs, são eficazes no tratamento de ansiedade infantil. **Com base nessas evidências, os ISRSs são a primeira escolha de medicação no tratamento de transtornos de ansiedade e TEPT em crianças e adolescentes.**

A dosagem da **fluoxetina de 20 mg/dia**, é segura e efetiva para crianças com esses transtornos, sendo os efeitos colaterais menores, incluindo distúrbio gastrointestinal, dores de cabeça e sonolência.

A Imipramina foi considerada eficaz em doses de até 200 mg, ou 3 mg/kg, o que for menor, e pode ser uma opção para crianças e adolescentes que não toleram outros ISRSs devido à insônia, supressão significativa do apetite ou ativação. Ainda assim, a imipramina não é recomendada como tratamento de primeira linha devido a seus maiores riscos potenciais do que outros agentes ISRSs, incluindo risco cardiovascular de hipotensão e arritmia e risco de convulsões.

Fármacos tricíclicos não são mais recomendadas em razão de seus efeitos cardíacos adversos potencialmente graves.

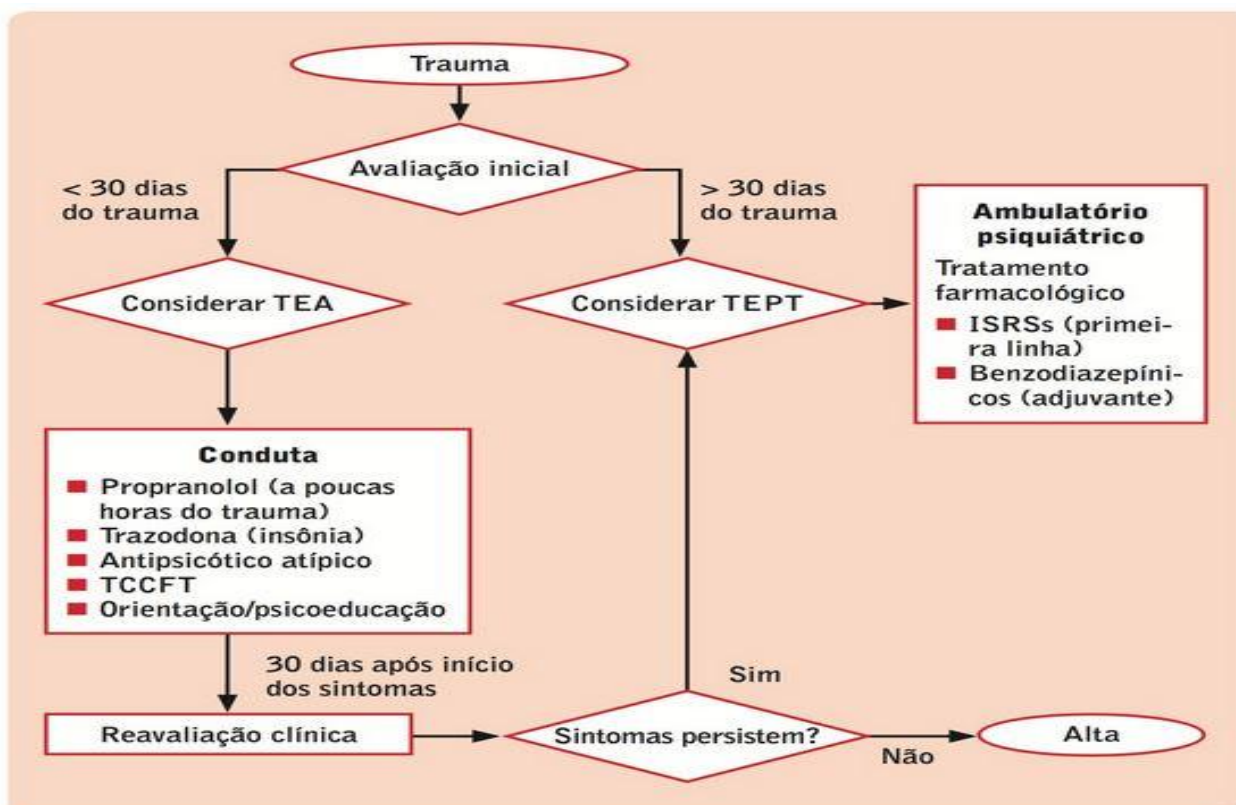
Tratamento Medicamentoso na Gestação e Puerpério: Os inibidores seletivos da recaptura da serotonina (IRSS), em geral também têm tido sua segurança bem estabelecida ao longo do tempo. **A fluoxetina é largamente usada e tem risco B**, alguma restrição ficaria por conta de sua meia-vida bastante longa, ou seja, numa eventual necessidade de retirada, a droga ainda permaneceria algum tempo no organismo.

Atualmente, muitos antidepressivos estão sendo estudados em relação à lactação, e os ISRS foram os menos presentes no leite materno.

Tratamento Medicamentoso para o Idoso: Deve-se ter atenção para os efeitos adversos dos medicamentos prescritos e para o risco de interação medicamentosa. Devido à presença de várias enfermidades que comumente acometem os idosos, eles tendem a fazer uso de vários medicamentos, com risco elevado de interação medicamentosa com potencialização de efeitos adversos.

Especialmente, devem-se evitar drogas que produzam ou potencializem efeitos anticolinérgicos, hipotensão postural, distúrbios do sistema de condução cardíaca e *delirium*.

Figura 10 – Fluxograma de atendimento do usuário com Transtorno de Estresse Agudo e TEPT



Fonte: Botega, 2012.

Em caso de suspeita de abuso ou violência psicológica, física ou sexual ver capítulo de abuso e violências.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

12 ABUSO OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA

12.1 Introdução

O problema do abuso de drogas lícitas e ilícitas tem várias facetas. É importante haver ação intersetorial, envolvendo as áreas de educação, segurança, justiça e cidadania, assistência social e saúde. As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de álcool, tabaco e outras drogas são bem conhecidas e, cada vez mais, abordadas no rol dos problemas de saúde pública. São também abordadas na medicina legal e na psiquiatria forense, pois há um número significativo de crimes e infrações ligados ao abuso de drogas.

No Brasil, cerca de 18.000 adolescentes e 1 milhão de adultos experimentaram cocaína fumada (crack ou oxi), pelo menos uma vez, ao longo do ano de 2012. No mesmo ano, mais de 2,5 milhões de pessoas experimentaram, pelo menos uma vez, a cocaína em pó, aspirada. O uso regular de álcool, pelo menos uma vez por semana, ocorre em 63% dos homens e em 53% das mulheres, o que demonstra haver uma população em risco, para o etilismo, muito grande. Os tabagistas são 21,4% da população masculina brasileira e 12,8% da feminina.

Apesar dessa realidade, o uso nocivo e a dependência de substâncias psicoativas ainda são pouco compreendidos. Boa parte dos dependentes químicos entra em contato com o sistema de saúde, devido a complicações decorrentes do seu consumo, sem pensarem em parar o consumo da substância psicoativa. Nas unidades básicas são atendidos por profissionais de saúde generalistas. É comum que equipes itinerantes, de consultório na rua, entrem em contato com dependentes químicos que demandem da equipe, inicialmente, apenas soluções para problemas de saúde física como pneumonia, dor nos dentes, feridas nas pernas, doenças venéreas e diarreia, recusando falar sobre a dependência.

As substâncias psicoativas são divididas em três grupos:

- **Drogas psicoanalépticas ou estimulantes do SNC** (cocaína, anfetamina, nicotina, cafeína, etc.).
- **Drogas psicolépticas ou depressoras do SNC** (álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opioides, solventes, etc.).
- **Drogas psicodislépticas ou alucinógenas** (cannabis, LSD, fungos alucinógenos, anticolinérgicos, etc.).

Nesta linha de cuidado vamos abordar de forma geral o manejo das dependências químicas e as substâncias mais comuns. A intenção no momento é dar conceitos básicos para o acompanhamento e tratamento dessas patologias.

Conforme CID 10:

A dependência de substâncias psicoativas é uma síndrome cujo elemento central é um desejo intenso de consumir a substância. Dois pontos devem ser observados:

1. Os critérios diagnósticos não divergem de acordo com a substância usada;

2. É vista como um fenômeno global, cuja prioridade é o aspecto qualitativo e não quantitativo do consumo (não há divisão entre dependência física e psicológica).

F10 - F19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F10 – Álcool etílico;

F11 – Opiáceos;

F12 – Canabinóides;

F13 – Sedativos e hipnóticos;

F14 – Cocaína;

F15 – Outros estimulantes, inclusive a cafeína;

F16 – Alucinógenos;

F17 – Fumo;

F18 – Solventes voláteis;

F19 – Outras substâncias psicoativas.

Após diagnosticar a existência de transtorno por alguma substância psicoativa, o profissional de saúde precisará identificar se ele cabe em um dos quadros abaixo. Tais especificações entram na classificação, como um dígito após o ponto:

12.1.1 Intoxicação Aguda

Estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas.

As perturbações estão na relação direta dos efeitos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações clínicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com outras intoxicações, por envenenamento.

12.1.2 Uso Nocivo para a Saúde

Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool). É um quadro de abuso da substância psicoativa.

12.1.3 Síndrome de Dependência

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras

atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. É denominada alcoolismo crônico, etilismo crônico, dipsomania.

12.1.4 Síndrome de Abstinência (ou Estado de Abstinência)

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

12.1.5 *Delirium Tremens*

Síndrome de abstinência complicada pela ocorrência de *delirium*. É um estado de confusão mental, com alterações da consciência, da atenção, da sensopercepção, da orientação e da memória. Pode comportar convulsões.

12.1.6 Transtorno Psicótico

Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência.

O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranoide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave. São os casos de alucinose alcoólica, de celotipia e paranoia etílica.

12.1.7 Síndrome Amnésica (ou Amnéstica, ou Confabulatória)

Alterações crônicas importantes da memória (para fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota.

Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação (imaginação ou lembranças isoladas e desconexas completando as

falhas de memória). As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios.

Inclui os casos de psicose de Korsakov, a síndrome de Wernike, a doença de Marchiafava-Bignami e outros transtornos amnésicos induzido pelo álcool.

12.1.8 Transtorno Psicótico Residual ou de Instalação Tardia

Transtorno raro, no qual as modificações, induzidas pelo álcool, da cognição, do afeto, da personalidade ou do comportamento, persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância.

Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se **três ou mais dos seguintes requisitos** tenham sido experienciados **ou exibidos em algum momento do ano anterior**:

- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

12.1.9 Avaliação

A avaliação inicial é uma importante ferramenta, pois além estabelecer um diagnóstico adequado, pode ser decisiva para o engajamento do usuário, desencadeando o processo de mudança. A avaliação tem como principais objetivos:

- Coletar dados do indivíduo para o planejamento de seu cuidado;
- Investigar queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo;
- Investigar sua condição social e econômica.

A entrevista deve ser diretiva, acolhedora, empática, clara, simples, breve e flexível. O foco deve estar centrado no indivíduo e no uso de substâncias. Intervenções desse tipo auxiliam a motivação do usuário e melhoram o planejamento do tratamento. É importante que os técnicos amenizem as possibilidades de confrontos e estimulem mudanças compatíveis com o estado motivacional do usuário, utilizando o bom senso.

12.1.9.1 Questões Essenciais para a Investigação do Consumo de Drogas Psicoativas

- O último episódio de consumo (tempo de abstinência);
- A quantidade de substância consumida;
- A via de administração escolhida;
- O ambiente do consumo (se ocorre em festas, na rua, no trabalho, com amigos, com desconhecidos, sozinho, no lar);
- A frequência do consumo nos últimos meses.

12.1.9.2 Sinalizadores de Problemas Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e outras Drogas

- Faltas frequentes no trabalho e na escola;
- História de trauma e acidente frequentes;
- Depressão;
- Ansiedade;
- Hipertensão arterial;
- Sintomas gastrointestinais;
- Disfunção sexual;
- Distúrbio do sono.

12.1.9.3 Sinais Físicos Sugestivos do Uso de Álcool, Crack e outras Drogas

- Tremor leve;
- Odor de álcool;
- Aumento do fígado;
- Irritação nasal (sugestivo de inalação de cocaína);
- Irritação das conjuntivas (sugestivo de uso de maconha);
- Pressão arterial lábil (sugestivo de síndrome de abstinência de álcool)
- Taquicardia e/ou arritmia cardíaca
- “Síndrome da higiene bucal” (mascarando o odor de álcool)
- Odor de maconha nas roupas

12.1.9.4 Critérios de Gravidade

Visando individualizar o diagnóstico e coletar subsídios para o planejamento terapêutico, após identificar os critérios de padrão de consumo de um indivíduo, o médico ou outro profissional da saúde investiga alguns critérios de gravidade:

- **Complicações Clínicas** – Proporcionam critério objetivo da gravidade da dependência. Quando detectadas precocemente, muitas delas são passíveis de tratamento e recuperação completa, como a esteatose hepática no dependente de álcool. Alguns usuários aceitam permanecer em tratamento devido à existência desses problemas clínicos, podendo estimular a buscar pela abstinência.

- **Comorbidades Psiquiátricas** – A melhora do transtorno psiquiátrico associado pode ser benéfica para a evolução do quadro de dependência estabelecido, além de estimularem uma maior busca por tratamento médico.
- **Suporte Social** – Melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas. Uma investigação completa deve abordar a situação do indivíduo no emprego e na família, a estabilidade do núcleo familiar e a disponibilidade desta para cooperar no tratamento do usuário. Caso não haja tal apoio, uma rede de suporte social deverá ser organizada.

Para cada indivíduo, cabem orientações específicas e atitudes compatíveis com o grau de problema. Em resumo, a avaliação inicial deve incluir:

- Uma triagem breve e efetiva;
- Uma descrição detalhada do problema;
- A avaliação da motivação;
- O diagnóstico precoce com uma investigação de comorbidade;
- O plano de tratamento;
- Avaliação de processo e resultados.

12.1.9.5 Recomendações Gerais às Equipes de Saúde

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) reforça, em documento técnico, as recomendações do *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), dos Estados Unidos, baseadas em resultados de pesquisas:

- **Não há um tratamento único**, que seja apropriado para todos. É muito importante que haja uma combinação adequada entre tipo de ambiente, intervenções e serviços para cada problema e necessidade da pessoa, contribuindo para o sucesso do tratamento e para o retorno a uma vida produtiva na família, trabalho e sociedade.
- **O tratamento deve estar sempre disponível.** Considerando que os dependentes químicos possam ter dúvidas sobre se iniciam ou não um tratamento, é muito importante aproveitar a oportunidade quando eles sinalizam estar prontos para o mesmo. Pode-se perder candidatos potenciais para o tratamento, caso este não esteja disponível imediatamente ou não seja acessível com facilidade.
- **O tratamento efetivo deve contemplar as várias necessidades da pessoa, não somente o seu uso de drogas.** Para ser efetivo, o tratamento deve ser dirigido ao uso de drogas, mas também a qualquer outro problema médico, psicológico, social, profissional e jurídico da pessoa.
- **O plano de tratamento deve ser continuamente avaliado e, se for o caso, modificado para assegurar que se mantenha atualizado com as mudanças nas necessidades da pessoa.** Um usuário pode necessitar de combinações de serviços que variam durante o tratamento e recuperação. Além do aconselhamento ou psicoterapia, o usuário pode necessitar também de medicamentos, outros serviços médicos, terapia familiar, orientação

educacional (para os filhos), orientação vocacional e outros serviços sociais e/ou legais. É fundamental que o tratamento esteja apropriado a idade, sexo, grupo étnico e cultural do usuário.

- **É importante que o usuário permaneça durante um período adequado de tempo no tratamento.** A duração apropriada do tratamento para uma pessoa depende de seus problemas e necessidades. **As investigações indicam que na maioria das vezes, começa-se a se verificar uma melhora significativa depois de três meses de tratamento. Quando se chega a este ponto, os tratamentos adicionais podem culminar em uma recuperação acelerada.** Considerando que muitas pessoas abandonam cedo este processo, os programas devem incluir estratégias que comprometam e mantenham os usuários no tratamento.
- **O aconselhamento (individual e/ou em grupo), psicoterapias são componentes indispensáveis do tratamento efetivo para a dependência.** Durante a terapia, os usuários tratam de seus problemas de motivação, desenvolvem habilidades para recusar o uso da droga. Substituem atividades em que se utilizavam das substâncias por outras úteis e construtivas em que não há o uso de drogas, e melhoram suas estratégias para a resolução de problemas. A psicoterapia comportamental também melhora as relações interpessoais e facilita a reinserção do indivíduo em sua família e na própria comunidade.
- **Para muitos usuários, os medicamentos formam um elemento importante do tratamento, especialmente quando se combinam com os diferentes tipos de terapia.**
- **No caso de indivíduos com problemas de dependência ou abuso de drogas que ao mesmo tempo apresentam outros transtornos mentais, deve-se tratar os dois problemas de uma maneira integrada.** Frequentemente se vêem transtornos de dependência e outros transtornos mentais num mesmo indivíduo. Os usuários que apresentam as duas condições devem ser avaliados e tratados conforme ambos os transtornos.
- **A desintoxicação médica é apenas a primeira etapa do tratamento para a dependência** e, por si só, pouco faz para modificar o uso de drogas em longo prazo. A desintoxicação médica trata cuidadosamente de sintomas físicos agudos da síndrome de abstinência, que ocorrem quando se deixa de usar alguma droga. Ainda que a desintoxicação por si só raramente seja suficiente para ajudar as pessoas dependentes a conseguir abstinência em longo prazo, para alguns indivíduos serve como um precursor fortemente indicado para o tratamento efetivo da dependência de drogas.
- **O tratamento pode ser efetivo, mesmo não sendo voluntário.** O tratamento pode ser facilitado pela forte motivação do usuário. Entretanto, medidas compulsórias ou recompensas dentro da família, do ambiente de trabalho ou do próprio sistema judiciário podem incrementar significativamente a porcentagem de indivíduos que entram e que se mantêm no processo, bem como o sucesso do tratamento da dependência de drogas.

- **O uso de drogas durante o tratamento deve ser supervisionado constantemente.** Durante o período de tratamento, há risco de recaídas ao uso de substâncias psicoativas. A supervisão objetiva do uso de drogas e álcool durante o tratamento, incluindo análise de urina ou outros exames, pode ajudar o usuário a resistir a seus impulsos de usar estas substâncias. Este tipo de supervisão também pode proporcionar uma evidência precoce do uso de drogas, para que o plano de tratamento do usuário possa ser reajustado. Informar os resultados aos usuários, cujo resultado tenha sido positivo para o uso recente de substâncias, pode ser um elemento importante no processo de tratamento.
- **Os programas de tratamento devem incluir exames para HIV/AIDS, hepatite B e C, tuberculose e outras enfermidades infecciosas,** conjuntamente com a terapia necessária para ajudar aos usuários a modificar ou substituir aqueles comportamentos que os colocam a si e aos outros em risco de serem infectados. A terapia pode ajudar aos usuários a evitar comportamentos de alto risco. Também pode ajudar as pessoas que já estão infectadas a manejar sua doença.
- **A recuperação da dependência de drogas pode ser um processo em longo prazo e freqüentemente requer várias tentativas de tratamentos.** Tal como em outras doenças crônicas, a recaída pode ocorrer durante ou depois de tentativas exitosas de tratamento. Os usuários podem necessitar de tratamentos prolongados e várias tentativas de tratamento para poder conseguir a abstinência em longo prazo e um funcionamento completamente reestabelecido. Participação em programas de auto-ajuda durante e depois do tratamento serve de apoio para a manutenção da abstinência.

12.1.9.6 Redução de Danos

Redução de Danos (RD) é uma estratégia para aumentar a qualidade de vida das pessoas. Essa estratégia está fortemente alicerçada no estabelecimento de vínculo de confiança e empatia entre profissionais da equipe de saúde e o usuário.

A prática de RD é construída conjuntamente – não é imposta pelos profissionais de saúde e visa à diminuição de malefícios à saúde relacionados aos hábitos de vida dos sujeitos.

No contexto da ESF podemos reduzir danos em diversas situações: pessoas que tem diabetes e/ou hipertensão, por exemplo, podem ser orientadas à substituição de alimentos.

No que tange ao cuidado de pessoas que usam drogas, o trabalho segue na linha de atenuar os agravos relacionados ao uso de drogas e buscar construir conjuntamente um modo de viver mais saudável.

Enfatizamos que a APS já possui ferramentas que podem ser utilizadas para desenvolvermos estratégias de redução de danos, tais como: **a escuta, o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento ao longo do tempo; pensando o usuário de uma maneira integral.**

Neste sentido, a RD pode ser utilizada para beneficiar as pessoas que usam drogas, diminuindo os riscos decorrentes dessa exposição.

Quando uma pessoa está com problemas envolvendo consumo de drogas, é possível que tenha uma série de outros problemas decorrentes desse uso ou pode ocorrer simplesmente que ela não esteja atenta à sua condição de saúde. Portanto, para utilizarmos a estratégia da RD, **é importante perguntar para o usuário que solicita ajuda, quais malefícios o consumo de drogas está lhe causando e como poderíamos diminuir ou eliminar alguns desses malefícios.**

Uma pessoa que está em uma relação dependente de uso de drogas muitas vezes não quer, não pode, ou não consegue parar de usar drogas. Mesmo assim, é preciso que estejamos dispostos a ajudá-la a cuidar de sua saúde, da melhor maneira possível.

É muito comum que pessoas que usam drogas tenham dificuldade de procurar ajuda nos serviços de saúde, pois temem que sejam internadas, presas ou que receberão alguma repreensão do profissional de saúde. Antes de tudo, é preciso produzir vínculos.

A RD é uma estratégia muito eficaz para produzir vínculos. Quando pensamos por essa lógica, não julgamos unilateralmente o que é melhor para o usuário.

Construímos junto com ele o que ele pode fazer para melhorar a sua vida sem que isso envolva, necessariamente, parar completamente de usar drogas.

Existem inúmeras maneiras de fazer RD. Essa prática não se reduz à troca de seringas, de cachimbos, de drogas mais nocivas por drogas menos prejudiciais, de hidratação para diminuir os riscos de usar drogas sintéticas ou ao uso de camisinha. Antes de tudo isso, diz respeito ao modo de olhar e atuar na atenção em saúde.

Em geral, os usuários compulsivos de drogas não se adaptam aos procedimentos tradicionais de saúde: não procuram os serviços de saúde, não cumprem agendamentos, não demandam atendimento.

Por isso, a Estratégia da Redução de Danos e a ESF se articulam observando o que segue:

- **Os profissionais de saúde começam seu trabalho indo aos locais onde as pessoas fazem uso da droga, na tentativa de criar vínculos com as mesmas.** Os profissionais da ESF iniciam seu trabalho cadastrando os usuários no domicílio ou na sua área de abrangência. As duas ações se baseiam no vínculo continuado. Na ESF o usuário, que em serviços tradicionais era apenas um número de prontuário, transforma-se em pessoa com história de vida, sentimentos, alegrias, angústias e dor. Os usuários conhecem seu agente comunitário de saúde, enfermeiros e médicos pelo nome e vice-versa. **Na RD e na ESF, o êxito depende do vínculo de confiança que se cria entre os profissionais e os usuários.**
- A potência do cuidado e da empatia abre o caminho interrompido pela separação dos usuários compulsivos de drogas com o resto da sociedade. Daí a importância de não chegar dando conselhos, tampouco sermões. **O objetivo primeiro é aproximar-se; o segundo é cuidar e o terceiro é conseguir estimular no usuário uma vontade de mudança.** Equipes de Consultórios na Rua com maior experiência conseguem que os usuários peçam ajuda para mudar de vida e diminuir o sofrimento que provoca o uso nocivo

de drogas. Desse modo, equaliza-se os prazeres pessoais provocados pelo uso da droga com o sofrimento e perdas sociais também decorrentes do seu uso.

- **Outra diretriz fundamental é a continuidade da relação estabelecida com usuários do serviço de saúde e o território.** Muitas medidas, como internações forçadas em instituições fechadas se mostraram mais uma vez ineficazes, porque a grande maioria desses usuários voltou às zonas de uso. Na maioria das vezes, muito mais arredios ao contato com os profissionais de saúde do que antes de serem internados involuntariamente. Durante o período de internação conseguiram ficar em abstinência, mas não mudaram, nem foram preparados para dar continuidade ao processo de mudança de vida. Sabemos também que, sem um tratamento continuado, que atue sobre a qualidade de vida do sujeito, ou seja, sobre as causas dos problemas, muitas dessas pessoas se tornam dependentes de clínicas hospitalares, comunidades terapêuticas, sendo constantemente internadas ou abrigadas.
- **Para que a continuidade da atenção em saúde aconteça, é fundamental não desanimar,** mesmo quando um usuário volta a usar drogas ou quando seus familiares continuam com a mesma atitude segregadora.
- É fundamental observar, quando uma pessoa volta a usar drogas e se esse uso é feito da mesma maneira ou se continua seu programa de vida, como, por exemplo, trabalhar, namorar, estudar, etc. **As mudanças importantes podem ser pouco perceptíveis.**
- A premissa fundamental para uma ação bem-sucedida é a parceria. Mesmo quando a equipe conta com a participação de especialistas, como técnicos dos CAPS Álcool e Drogas, **os usuários que habitam o território de abrangência da ESF continuam estando sob os cuidados dos ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Na experiência de ESF, usuários internados são e devem ser acompanhados por esses profissionais.**

12.1.9.7 Infância e Adolescência

A experimentação de substâncias ilícitas é um fenômeno da juventude. A maioria das pessoas que utilizou algum tipo de substância ao menos uma vez na vida o fez nessa fase.

Independentemente da população estudada, as drogas mais consumidas são o álcool e o tabaco. Estudos brasileiros demonstram que 65% dos estudantes do ensino fundamental e médio fizeram uso de álcool pelo menos uma vez na vida.

Nos Estados Unidos, esses índices chegam a 90% e são semelhantes aos índices encontrados no Brasil para menores em situação de rua. A experimentação, por si só, não constitui um comportamento patológico do adolescente. Ela está incluída em uma atitude global de busca por novas experiências que lhe façam sentido, na construção de uma identidade.

Entretanto, alguns fatores de risco estão associados à manutenção do uso:

- A curiosidade natural do adolescente é um dos fatores de risco mais importantes, posto ser o que o move a experimentar a substância, estando assim sob risco de desenvolver dependência;
- O fácil acesso às drogas e as oportunidades de uso;
- Ser do sexo masculino (meninos experimentam mais que as meninas);
- Influência de modismos;
- Condições familiares, tanto pelo aspecto genético (filhos de pais dependentes apresentam quatro vezes mais chance de o serem também) quanto pelos aspectos ambientais, fortemente correlacionados com o início do uso;
- Uso de drogas por pais e/ou amigos;
- Relacionamento ruim com os pais;
- Fatores internos do adolescente, como insatisfação e não realização em suas atividades, insegurança, baixa autoestima e sintomas depressivos;
- Baixo desempenho escolar.

O uso de drogas afeta diretamente o desenvolvimento da criança e do adolescente, principalmente no que diz respeito às funções cognitivas, à capacidade de julgamento, ao humor e aos relacionamentos interpessoais. **Quanto mais precoce o início do uso, maiores as deficiências nessas áreas.**

Apresentam maior prevalência de abuso de múltiplas substâncias e, com muito menor frequência, apresentam sintomas físicos de abstinência.

O tratamento dos transtornos do uso de substâncias em adolescentes visa prevenir os comportamentos de uso, fornecer educação ao usuário e à família e abordar os fatores cognitivos, emocionais e psiquiátricos que influenciam o uso de substâncias.

A maioria dos adolescentes que consomem álcool e drogas não se torna inexoravelmente farmacodependente, mas de acordo com certas características de personalidade e com o ambiente, pode-se prever que há um aumento do risco de seguir este caminho. A cronologia da adição pode ser sintetizada através das cinco etapas de Mc Donald:

- **Etapa 0:** o adolescente vulnerável ao uso de substâncias sente curiosidade a respeito do uso de drogas;
- **Etapa 1:** o adolescente está apreendendo o uso de drogas;
- **Etapa 2:** o adolescente busca os efeitos da droga e controla a administração;
- **Etapa 3:** o adolescente está ensimesmado, concentrado nas mudanças dos seus estados anímicos e tornou-se farmacodependente (o uso de drogas é necessário para manter o bem estar);
- **Etapa 4:** o adolescente está no último estado de farmacodependência (crônico). Sofre usualmente de uma síndrome cerebral orgânica.

Quanto antes se intervém no ciclo, maiores as chances de recuperação.

O tratamento ocorre em vários regimes diferentes, como instituições residenciais, terapia de grupo e sessões psicossociais individuais e CAPSij.

O *Child and Adolescent Levels of Care Utilization System (CALOCUS)* – sem tradução para o português – (anexo C) é um instrumento validado para guiar a equipe de saúde no tratamento do abuso de substâncias por crianças e adolescentes. Ele designa seis níveis de atenção apropriados aos sintomas:

Nível 0: Serviços básicos (prevenção);

Nível 1: Manutenção da recuperação (prevenção de recaídas);

Nível 2: Ambulatorial (uma vez por semana);

Nível 3: Ambulatorial intensivo (duas ou mais sessões por semana);

Nível 4: Serviços integrados intensivos (tratamento-dia, hospitalização parcial, serviços globais)

Nível 5: Serviço monitorado por médico 24 horas, não seguro (lar comunitário, comunidade terapêutica);

Nível 6: Manejo médico 24 horas, seguro (internação psiquiátrica ou instituição residencial altamente programada).

O **CALOCUS** tem seis dimensões:

Risco de prejuízo: Essa dimensão é uma expansão da dimensão da perigosidade exigido pela vulnerabilidade de desenvolvimento de uma criança à vitimização. Assim, essa dimensão é a medida do risco de auto-ferimento de uma criança ou adolescente por vários meios e uma avaliação de seu potencial para ser vítima de abuso psicológico, sexual, negligência ou violência.

Status funcional: Esta dimensão mede o impacto de uma criança ou adolescente na condição primária em sua vida diária. É uma avaliação da capacidade da criança de funcionar em todos os papéis apropriados à idade: membro da família, amigo e aluno. É também uma medida do efeito da problema primário em atividades diárias básicas como comer, dormir e higiene pessoal.

Co-morbidade: Esta dimensão mede a coexistência de distúrbios em quatro domínios: Deficiência de desenvolvimento, doenças clínicas, abuso de substâncias e transtornos psiquiátricos.

Lembre-se, se a condição primária é um problema de abuso de substâncias ou uma deficiência de desenvolvimento, então qualquer condição psiquiátrica também presente seria considerada uma condição co-mórbida.

Ambiente de recuperação: Essa dimensão é dividida em 2 sub-escalas: Suporte ao estresse e meio ambiente.

Uma compreensão dos pontos fortes e fracos da família do filho ou do adolescente é essencial para escolher uma classificação precisa nessa dimensão. Também é uma medida do papel da vizinhança e da comunidade, que pode piorar ou condição da criança ou do adolescente.

Assim, classificações altas em ambas as sub-escalas (Ambiente extremamente estressante e sem suporte) terá um grande impacto tanto no composto pontuação e o nível real de cuidados escolhidos.

Histórico de resiliência e tratamento: Resiliência refere-se a uma força emocional inata ou constitucional, bem como a capacidade de adaptação bem sucedida.

O conceito de resiliência é familiar para a equipe de saúde que tratam crianças ou adolescentes que têm os transtornos mais graves e / ou sobrevivem à vida em circunstâncias mais traumáticas, porém, que mantenham alto funcionamento e progresso do desenvolvimento, ou usam tratamento para um retorno rápido a esse estado. Esta dimensão também mede até que ponto a criança ou adolescente e sua família responderam favoravelmente ao tratamento passado.

Aceitação e engajamento: Esta dimensão é dividida em duas sub-escalas para permitir medição da aceitação e do envolvimento da criança ou do adolescente e da família.

Claramente, o tratamento da criança ou do adolescente se beneficia quando a família é proativa e positiva envolvido e inversamente, o tratamento sofre quando a família é desinteressada, perturbadora ou abertamente hostil ao processo.

Somente o escore de sub-escala mais alta (a sub-escala que indica mais desafio significativo ao tratamento) é usado no cálculo do escore composto.

As intervenções podem incluir psicoterapia e intervenção farmacológica. Esta abordagem em geral é adequada para adolescentes com diagnósticos psiquiátricos comórbidos.

Abordagens cognitivo-comportamentais de adolescentes que abusam de substância requerem que os mesmos estejam motivados a participar do tratamento e abstenham-se do consumo. A terapia focaliza-se na prevenção de recaída e na manutenção da abstinência.

12.1.9.8 Gestação e Puerpério

Diante do consumo de drogas: álcool, nicotina, maconha, cocaína, crack, pelas mulheres em idade fértil e por gestantes, passa a ser fonte de preocupação a exposição do feto e as possíveis consequências em curto, médio e longo prazo.

Os fatores de grande influência na prática do consumo de drogas por gestantes:

- As relações pessoais;
- As características individuais;
- O meio ambiente;
- Ausência de parceiro fixo;
- Menor escolaridade;
- Uso de drogas pelo pai do conceito e
- Histórico de violência antes e durante a gestação.

Os efeitos obstétricos devido à exposição às drogas na gestação dependem:

- Da realização inadequada do pré-natal com menos de cinco consultas;
- Maior frequência de abortamento provocado;
- Dieta inadequada;
- Idade materna;
- Maior risco de aquisição de doenças sexualmente transmissíveis;
- Uso concomitante de outras drogas.

Já, os efeitos fetais são:

- Síndrome alcoólica fetal;

- Aborto espontâneo;
- Morte antes do parto ou logo em seguida;
- Prematuridade;
- Baixo peso;
- Distúrbios do sistema nervoso central;
- Presença de tremores;
- Exacerbação das respostas aos reflexos motores;
- Menor capacidade de habituação a estímulos visuais;
- Distúrbios no padrão de sono;
- Complicações à criança durante a sua vida escolar; como: falta de atenção, dificuldade de aprendizagem, hiperatividade, dificuldade de convívio social, entre outras.
- Apresentar alguma alteração no exame clínico que possa por em risco o usuário (intoxicações, hiper ou hipoglicemia, alterações na PA, alterações na FC, etc.).
- Ter feito tentativa de suicídio nos últimos sete dias e ainda tem planos de tentar novamente.
- Alterações na avaliação do estado mental como confusão mental, desorientação, delírio, alucinações ou não ter crítica de sua doença (não aceita o tratamento).
- **Agitação psicomotora, agressividade e, ou risco para outros.**
- Isolamento social e ou suporte familiar fragilizado (vive sozinho, sem familiares por perto ou amigos).

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

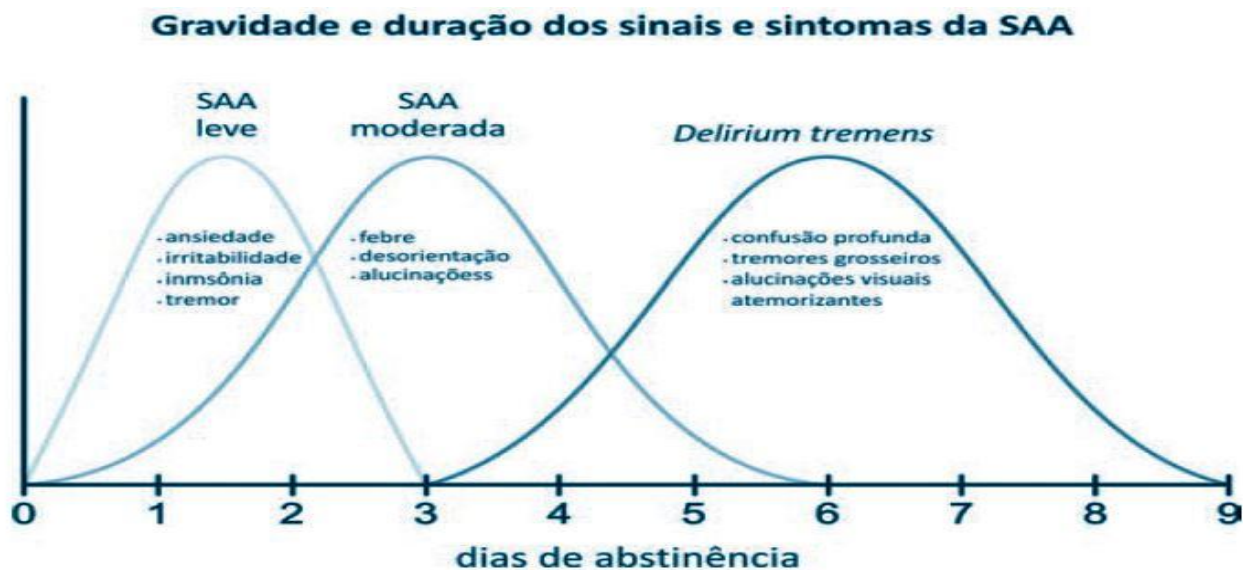
12.2 Síndrome de Abstinência

Em qualquer serviço de saúde, o usuário que chega a apresentar, ao mesmo tempo, midríase, rubor facial e desorientação mental, é suspeito de intoxicação ou síndrome de abstinência e necessita de uma investigação.

Os sintomas de abstinência das diferentes substâncias químicas são similares aos da abstinência alcoólica e, portanto, o protocolo pode ser utilizado para o manejo emergencial até a estabilização do quadro clínico e realização do diagnóstico diferencial.

A maioria dos dependentes (70% a 90%) apresenta uma síndrome de abstinência entre leve a moderada, caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora. **Ela se dá cerca de 24 e 36 horas após a última dose.** Apenas medidas de manutenção geral dos sinais vitais são aplicadas nesses casos. Por volta de 5% dos dependentes apresentarão uma síndrome de abstinência grave. A SAA é autolimitada, com duração média de 7 a 10 dias

Figura 11 – Gravidade e duração dos sinais e sintomas da SAA



Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2010.

Crises convulsivas aparecem em 3% dos casos (principalmente nas primeiras 48hs de abstinência) e geralmente são autolimitadas, não requerendo tratamento específico.

A mortalidade gira em torno de 1%. **O sintoma de abstinência mais comum é o tremor, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos.** Ele tem intensidade variável e aparece algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, mais observados no **período da manhã. Acompanha os tremores a hiperatividade autonômica, desenvolvendo-se taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese, hipotensão ortostática e febre (< 38°C).**

Critérios de Gravidade da SAA

Conforme exposto anteriormente, a síndrome de abstinência do álcool possui diferentes níveis de gravidade, que podem variar desde um quadro eminentemente psíquico (**insônia, irritabilidade, piora das funções cognitivas**) até outros, marcadamente autonômicos, **com delirium e crises convulsivas.**

A SAA pode ser avaliada segundo alguns preditores de gravidade:

- História pregressa de SAA grave;
- Altos níveis de álcool no sangue sem sinais e sintomas de intoxicação;
- Alcoleemia alta (300mg/dl);
- Uso concomitante de sedativos;
- Comorbidades e idade avançada.

Quando o indivíduo apresenta a SAA é aconselhável aplicar a **Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar).**

Trata-se de uma escala com 10 itens, cujo escore final classifica a gravidade da SAA e fornece subsídios para o planejamento da intervenção imediata. A aplicação da escala requer de 2 a 5 minutos.

Quadro 26 – Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Nome:		Data:	
Pulso ou FC:		PA:	Hora:
1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?			
	0	Não	
	1	Náusea leve e sem vômito	
	4	Náusea recorrente com ânsia de vômito	
	7	Náusea constante, ânsia de vômito e vômito	
2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:			
	0	Não	
	1	Não visível, mas sente	
	4	Moderado, com os braços estendidos	
	7	Grave, mesmo com os braços estendidos	
3. Sudorese:			
	0	Não	
	4	Facial	
	7	Profusa	
4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?			
Código da questão 8			
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?			
Código da questão 8			
6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?			
	0	Não	4 Alucinações moderadas
	1	Muito leve	5 Alucinações graves
	2	Leve	6 Extremamente graves
	3	Moderado	7 Contínua
7. Você se sente nervoso (a)? (observação)			
	0	Não	
	1	Muito leve	
	4	Leve	
	7	Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?	
8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?			
	0	Não	4 Moderado / grave
	1	Muito leve	5 Grave
	2	Leve	6 Muito grave
	3	Moderado	7 Extremamente grave
9. Agitação: (observação)			
	0	Normal	
	1	Um pouco mais que a atividade normal	
	4	Moderadamente	
	7	Constante	

10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)			
	0	Orientado	
	1	Incerto sobre a data, não responde seguramente	
	2	Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias	
	3	Desorientado com a data, com mais de 2 dias	
	4	Desorientado com o lugar e pessoa	Escore _____
Critérios diagnósticos	SAA Leve: 0-9	SAA Moderada: 10-18	SAA Grave: >18

Fonte: LARANJEIRA, 2000

Com frequência, o tratamento começa com BZDs quando as pontuações da CIWA-Ar atingem 8 a 10. **Alguns protocolos incluem transferência para a unidade de tratamento intensivo (UTI) para pontuações superiores a 20.**

12.2.1 Síndrome de Abstinência do Álcool – Nível I

Trata-se da **SAA leve e moderada. Ela aparece nas primeiras 24 horas** após a última dose. Instala-se em 90% dos usuários e cursa com:

- Agitação;
- Ansiedade;
- Tremores finos de extremidades;
- Alteração do sono;
- Alteração da senso-percepção;
- Alteração do humor;
- Alteração do relacionamento interpessoal;
- Alteração do apetite;
- Sudorese em surtos;
- Aumento da frequência cardíaca, pulso e temperatura;
- Alucinações são raras.

Avaliação:

- O usuário apresenta leve agitação psicomotora, tremores finos de extremidades, sudorese discreta, cefaleia, náuseas sem vômitos e sem alteração da sensopercepção;
- **O usuário encontra-se orientado no tempo e no espaço;** o contato e o juízo crítico da realidade estão preservados, ocorre ansiedade leve sem episódios de auto ou heteroagressividade;
- **O usuário apresenta uma rede social continente;**
- **O usuário não apresenta complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas no exame geral.**

Nesse caso, o tratamento ambulatorial é indicado: Deve-se orientar a família e o usuário sobre a natureza do problema, o tratamento e a evolução do quadro e propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual.

A dieta é livre, com atenção especial à hidratação. Especial atenção também deve ser direcionada à reposição vitamínica com o objetivo principal de evitar a **síndrome de Wernicke (tríade clássica de sintomas de ataxia, confusão mental e anormalidades de movimentação ocular extrínseca)**. Além disso, a reposição vitamínica posterga os prejuízos da síndrome de Wernicke e Korsakoff (fase crônica), resultando em melhora relativa dos quadros de demência.

Recomenda-se a tiamina intramuscular (IM) (1 ampola IM ao dia) nos primeiros 7 a 15 dias e, após esse período, a prescrição passa a ser via oral (VO), em dose de 300 mg/dia de tiamina. A tiamina não está incluída na REMUME de Joinville e é prescrita conforme critério médico.

Quanto aos benzodiazepínicos (BZDs), a prescrição deve se basear nos sintomas. **Diazepam: 20 mg VO ao dia, com retirada gradual ao longo de uma semana.**

12.2.2 Síndrome de Abstinência do Álcool – Nível II

É a SAA grave. Cerca de 5% dos usuários evoluem do estágio I para o II. Isso se dá cerca de 48 horas da última dose. **Os sinais autonômicos são mais intensos, os tremores generalizados, apresentam alucinações auditivas e visuais e desorientação témporo espacial.**

Em um estágio ainda mais grave, cerca 3% dos usuários do estágio II chegam ao Delirium Tremens (DT), após 72 horas da última dose. O DT piora ao entardecer (sundowning). Há riscos com seqüelas e morte entre aqueles que não recebem tratamento. Por volta de 10% a 15% destes apresentam convulsões do tipo grande mal. Esta psicose orgânica é reversível, dura de 2 a 10 dias, cursa com despersonalização, humor intensamente disfórico, alternado da apatia até a agressividade. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com traumatismo craniano e doenças epileptiformes.

Avaliação:

- O usuário apresenta agitação psicomotora intensa, com tremores generalizados, sudorese profusa, cefaleia, náuseas com vômitos, sensibilidade visual intensa e quadros similares histórico de crises convulsivas pregressas.
- **O usuário encontra-se desorientado no tempo e no espaço, o contato e o juízo crítico da realidade estão comprometidos** a crises convulsivas ou ocorre ansiedade intensa; **histórico de violência auto e heteroagressiva** com alteração do pensamento, podendo apresentar conteúdo delirante e **alucinações auditivas, táteis ou visuais (microzoopsias).**
- **A rede social de apoio não existe ou o ambiente é facilitador ao uso de bebidas alcoólicas.**
- **O usuário apresenta complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves** (p. ex., depressão grave com risco de suicídio) detectadas no exame geral.

Nesse caso, o tratamento hospitalar é indicado. O monitoramento do usuário deve ser frequente, apesar de sua locomoção ser restrita.

O ambiente de tratamento deve ser calmo, com relativo isolamento, de modo a reduzir estímulos audiovisuais.

Quanto à dieta, optar por alimentação leve, se aceita pelo usuário. É importante que os usuários em estado de confusão mental permaneçam em jejum, devido ao risco de aspiração e consequentes complicações respiratórias, podendo até mesmo resultar em óbito do usuário.

Nesses casos, proceder à hidratação endovenosa (EV) com 1.000 mL de solução glicosada 5%, acrescida de 20 mL de NaCl 20% e 10 mL de KCl 19,1%, a cada 8 horas. Sempre que a glicose for administrada, fazê-la após o uso da tiamina.

A reposição vitamínica é a mesma recomendada para o nível leve/moderado. A prescrição de BZDs deve se basear em sintomas, avaliados preferencialmente a cada hora: diazepam 10-20 mg VO a cada hora (máximo de 60 mg/dia).

A administração de BZDs por via intravenosa requer técnica específica e retaguarda para manejo de uma eventual parada respiratória. Deve-se administrar no máximo 10 mg de diazepam durante 4 minutos, sem diluição.

Há dois modelos de tratamento: doses fixas de BZDs ou doses variáveis de acordo com os sintomas de abstinência. Nesse caso, a presença e a intensidade dos sintomas avaliados clinicamente **ou por meio da escala *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)*** orientam o uso de BZDs. **A gravidade dos sintomas é medida por hora.** A dose é ajustada (5 a 10 mg de diazepam) **de acordo com a gravidade dos sintomas e pode ser repetida a cada hora até a pontuação de CIWA-Ar diminuir para abaixo de 8.**

Nos casos de *delirium tremens*, investigações clínicas e neurológicas associadas aos exames de sangue devem ser feitas em todos os usuários para descartar outras causas comuns de delirium, como hipoglicemia, desequilíbrio hidreletrolítico, trauma craniano levando à hemorragia subdural, septicemia e falências renal e hepática.

Nos casos de DT, pode-se fazer uso de haloperidol 5 mg IM após tentativa com diazepam. Os BZDs são considerados medicamentos seguros, com apresentação oral e parenteral, têm ação anticonvulsivante e auxiliam na profilaxia de DT. Entretanto, a absorção muscular é errática, e apresentam metabolismo hepático com potencial de desenvolver dependência.

A contenção física deverá ser utilizada somente nos casos de agitação intensa, com riscos para o próprio usuário e para terceiros, ou quando não é possível administrar as medicações. Especial cuidado deve ser tomado nessa técnica para evitar lesão de plexo braquial.

As convulsões acometem 10 a 15% dos usuários, sendo que metade deles apresenta exame de imagem cerebral alterado, e podem ocorrer no período de 1 a 2 dias. Múltiplas convulsões não são comuns, mas quando ocorrem configuram um quadro de estado de mal epilético.

A crise convulsiva costuma ser um evento bastante estressante. Algumas medidas protetoras devem ser tomadas no momento da crise, como:

- Deitar o usuário evitando quedas e traumas;
- Remover objetos que possam levar a traumas;

- Aliviar roupas apertadas;
- Proteger a cabeça do usuário com a mão, roupa ou travesseiro;
- Lateralizar a cabeça do usuário, evitando aspiração;
- Limpar as secreções salivares, facilitando a respiração;
- Garantir vias aéreas livres;
- Reduzir estimulação sensorial.

Utiliza-se **diazepam 10 a 30 mg VO ou 10 mg EV na crise (verificar suporte ventilatório)**.

Em caso de convulsões múltiplas, recomenda-se a fenitoína 100 mg 3 vezes ao dia.

O sulfato de magnésio (1g IM de 6 em 6 horas) também deve ser administrado, uma vez que sua **deficiência (comum em SAA) aumenta os riscos de convulsão**. Para administração venosa, a concentração de sulfato de magnésio deve ser diluída a 20% (20 g/100 mL) ou menos, mas a solução a 50%, não diluída, pode ser administrada por via muscular nos adultos.

Levando-se em consideração a existência de um limiar renal para o magnésio, com até 50% de dose venosa eliminada na urina, o sulfato de magnésio deve ser administrado a uma taxa máxima de 1 g/h (8 mEq de magnésio por hora).

É importante o monitoramento dos **níveis de magnésio**, pois esse íon é um cofator para o metabolismo da tiamina, e **sua deficiência pode ocasionar neuropatia e confusão mental**. A reposição de magnésio deve ser indicada nesses casos. Nos casos graves (<1 mg/dL) e sintomáticos com manifestações neuromusculares e neurológicas ou arritmias, a reposição deve ser de **2 g de sulfato de magnésio diluídos em 100 mL de solução, por via venosa, em 5 a 10 minutos, seguidos por infusão contínua de 4 a 6 g/dia durante 3 a 5 dias se a função renal for próxima ao normal**.

Recomenda-se administrar 50% ou menos da dose de magnésio empírica em usuários com insuficiência renal para diminuir o risco de hipermagnesemia.

No *delirium tremens* é uma das formas mais graves e complicadas de abstinência do álcool, que se desenvolve geralmente entre 1 e 4 dias após a instalação da SAA, podendo levar o usuário ao óbito. Considerado uma psicose orgânica, pode ser reversível em 2 a 10 dias. O diagnóstico diferencial deve ser feito a fim de excluir TCE e doenças epileptiformes.

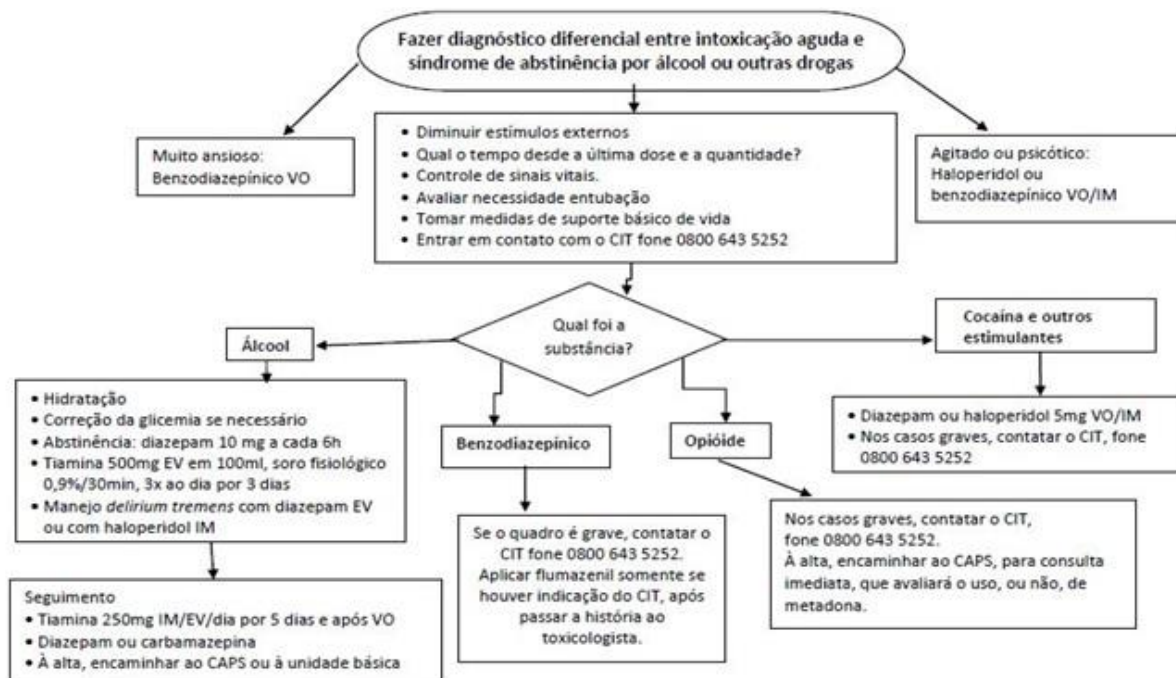
É Sempre bom lembrar o que não se deve fazer na SAA:

- Não administrar glicose indiscriminadamente, pelo risco de induzir síndrome de Wernicke. Sempre que a glicose for administrada, fazê-la após o uso da tiamina;
- Não administrar clorpromazina ou fenilhidantoína, pois há riscos de diminuição do limiar convulsivante;
- Não aplicar diazepam EV sem recursos para reverter uma possível parada respiratória;
- Realizar contenção física inadequada e indiscriminada, com riscos de provocar lesões sobretudo de plexo braquial e ferir o profissional de saúde.

É importante ressaltar que o tratamento da síndrome de abstinência ao álcool tem se tornado um procedimento primariamente ambulatorial, com menor custo, seguro e com efetividade variando até 75% na maioria dos programas de desintoxicação já revisados.

Encorajar os clínicos gerais a manejar essa condição médica é tarefa necessária, visando, sobretudo, diminuir complicações psiquiátricas e clínicas, assim como os elevados custos em saúde, e implementar o tratamento precoce do alcoolismo.

Figura 12 – Algoritmo para emergências com substâncias psicoativas



Fonte: SES/SC, 2017.

12.2.3 Encaminhamento

Em caso de dúvida pode-se solicitar segunda opinião formativa via Teleconsultoria/Teleregulação ou Matriciamento, quando:

- Pouca melhora dos sintomas de abstinência, mesmo já em acompanhamento com equipe multidisciplinar e uso das medicações e manejo recomendados **por pelo menos 30 dias e ter pedido matriciamento.**
- Agravamento da avaliação do estado mental (porém o usuário ainda **encontra-se orientado no tempo e no espaço; o contato e o juízo crítico da realidade estão preservados, ocorre ansiedade leve sem episódios de auto e/ou heteroagressividade).**
- Apresentar comorbidade de transtorno mental.

Deve-se encaminhar o usuário a um tratamento no **CAPS, CAPS AD** e no **CAPS**

Infantojuvenil (crianças e adolescentes até 17anos) quando houver algum desses fatores:

- Apresenta intenso sofrimento psíquico, que impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida;
- Antecedente de comorbidade psiquiátrica;
- Risco de suicídio ou plano suicida;
- Desesperança significativa e impulsividade;
- **Continuar o abuso e ou dependência química (nicotina, álcool, etc);**

- Psicose; o juízo crítico e o contato com a realidade podem estar comprometidos, porém **não apresenta episódios de auto e/ou heteroagressividade grave, aceita o manejo e o tratamento;**
- Não adesão ou impossibilidade de seguir tratamento ambulatorial;
- Apoio social precário (mora sozinho, familiares distantes, etc.).

Importante: Maiores informações sobre encaminhamentos, vide capítulo 5, página 49

12.3 Álcool

O uso abusivo de bebidas alcoólicas é um importante problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano, cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas – o que corresponde a 40% da população mundial acima de 15 anos de idade –, e cerca de 2 milhões de pessoas morrem em decorrência das consequências negativas desse uso (p. ex., intoxicações agudas, violência e acidentes de trânsito).

Somente na América Latina e na região do Caribe, 10% das mortes e incapacitações estão relacionadas ao consumo do álcool. No Brasil, entre os que bebem, 1 em cada 3 indivíduos faz uso do álcool de maneira pesada e esse uso pode gerar prejuízos agudos e crônicos à saúde, incluindo dependência do álcool, câncer e cirrose.

As complicações relacionadas ao consumo de álcool não estão necessariamente relacionadas ao uso crônico. Intoxicações agudas, além de trazer riscos diretos à saúde, deixam os indivíduos mais propensos a acidentes. Desse modo, os problemas relacionados ao consumo de álcool podem acometer indivíduos de todas as idades.

Eles devem ser investigados por todos os profissionais de saúde, em todos os usuários. O diagnóstico precoce melhora o prognóstico entre esses indivíduos.

Há complicações clínicas decorrentes do uso de álcool em praticamente todo o organismo:

- **Neurológicas:** degeneração cerebelar, polineuropatia periférica, neuropatia óptica, pelagra, atrofia cerebral;
- **Gastrintestinais:** esofagite, gastrite ou úlcera, pancreatite, síndrome de má-absorção, esteatose hepática, hepatite alcoólica, cirrose, insuficiência hepática, carcinoma hepatocelular;
- **Cardiovasculares:** hipertensão arterial, arritmias, síndromes coronarianas, miocardiopatia, insuficiência cardíaca (beribéri);
- **Metabólicas e nutricionais:** desnutrição, hiperuricemia, hiperlipidemia, hipoglicemia, deterioração da síntese de proteínas, desequilíbrio hidreletrolítico, deficiências vitamínicas e de oligoelementos;

- **Endócrinas:** aumento da liberação de ACTH, de glicocorticoides ou de catecolaminas, inibição da síntese de testosterona (hipogonadismo masculino), inibição da liberação de ADH, osteopenia;
- **Sistema imunológico:** aumento da predisposição a infecções (multifatorial);
- **Sistema hematopoiético:** anemia, macrocitose, leucopenia, plaquetopenia.

12.3.1 Avaliação e Diagnóstico

Padrão de Consumo: Considera-se unidade de álcool o equivalente a 10 a 12 gramas de álcool puro. Como as concentrações diferem entre os tipos de bebidas, o cálculo deve ser feito individualmente.

- 1 unidade (dose) = 1 copo de cerveja ou chope (300 mL) = 1 copo de vinho (100 mL) = 1 dose de destilado (35 mL)

O *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* categorizou o uso da substância da seguinte forma:

- **Baixo risco** – Até três unidades em um dia e no máximo sete unidades na semana para mulheres, e até quatro unidades em um dia e no máximo 14 unidades na semana para homens;
- **Consumo moderado** – O máximo de uma unidade por dia para mulheres e até duas unidades por dia para homens;
- **Beber compulsivo** – Mais de quatro unidades para mulheres e cinco para homens em um intervalo de duas horas pelo menos uma vez nos últimos 30 dias;
- **Beber pesado ou intenso** – Mais de cinco unidades por ocasião por cinco ou mais dias nos últimos 30 dias.

De forma geral, o recomendado para adultos é, no máximo, 21 unidades para os homens e 14 para as mulheres, existindo no mínimo dois dias de abstinência.

Em idosos, recomenda-se que precauções sejam tomadas em situações especiais, como uso de medicamentos e presença de doenças clínicas, que costumam ser encontradas na população idosa.

Além disso, o envelhecimento acarreta alterações fisiológicas que também devem ser consideradas. Dessa forma, a Sociedade Americana de Geriatria considera beber de alto risco como três ou mais unidades por ocasião ou sete ou mais doses por semana nos adultos com mais de 65 anos.

12.3.2 Triagem ou Rastreamento

Em serviços de atenção primária à saúde, recomenda-se a aplicação de questionários de triagem para determinar a presença de uso nocivo ou de risco. **O CAGE é um dos mais indicados.** Este instrumento é de fácil aplicação. Ele não faz o diagnóstico de dependência, mas detecta os bebedores de risco, para os quais se deve propor uma intervenção.

O *CAGE* possui boa sensibilidade e especificidade para duas respostas positivas. Acrescentando se perguntas simples como:

- Você já teve problemas relacionados ao uso de álcool?
- Você bebeu nas últimas 24 horas?

Há um aumento da sensibilidade deste questionário para 92%.

Quadro 28 – Cut down / Annoyed / Guilty / Eye-opener Questionnaire (CAGE)

O consumo de álcool é considerado de risco a partir de duas respostas afirmativas	0 – NÃO	1 – SIM
• Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0	1
• As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	0	1
• O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber?	0	1
• O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	0	1

Fonte: FUNDAÇÃO, 2013

A partir desta avaliação inicial, critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) podem ser aplicados para o diagnóstico diferencial entre abuso (**F10.1**) e dependência de álcool (**F10.2**).

A dosagem das enzimas hepáticas GGT, TGO e TGP, o volume corpuscular médio (VCM) e a transferrina (CDT) foram propostos como possíveis marcadores biológicos da dependência de álcool. Todas estas etapas da avaliação fazem parte da fase mais importante do tratamento: o diagnóstico multidimensional. Dele dependerá o planejamento do tratamento e a intervenção subsequente.

Intoxicação Aguda (CID-10 – F10.0)

Intoxicação é o uso nocivo de substâncias em quantidades acima do tolerável para o organismo. Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Inicialmente há sintomas de euforia leve, evoluindo para tontura, ataxia e incoordenação motora, passando para confusão e desorientação, e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma.

A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia. O desenvolvimento de tolerância, a velocidade da ingestão, o consumo de alimentos e alguns fatores ambientais também são capazes de interferir nessa relação.

A partir de 150 mg% de alcoolemia deve-se intervir. A maioria dos casos não requer tratamento farmacológico. De acordo com os sintomas e sinais, devem-se conduzir medidas gerais de suporte à vida.

Quadro 29 – Níveis plasmáticos de álcool (mg%), sintomatologia relacionada e condutas

Níveis plasmáticos de álcool (mg%), sintomatologia relacionada e condutas		
Alcoolemia mg%	QUADRO CLÍNICO	CONDUTA
30	Euforia e excitação, alterações leves de atenção	Ambiente calmo, monitoramento dos sinais vitais
50	Incoordenação motora discreta, alteração do humor, personalidade e comportamento	Ambiente calmo, monitoramento dos sinais vitais
100	Incoordenação motora pronunciada com ataxia, diminuição da concentração, piora dos reflexos sensitivos, piora do humor	Monitoramento dos sinais vitais, cuidados intensivos à manutenção das vias aéreas livres, observar risco de aspiração do vômito
200	Piora da ataxia, náuseas e vômitos	Internação, cuidados à manutenção das vias aéreas livres, observar risco de aspiração, administração intramuscular de tiamina
300	Disartria, amnésia, hipotermia, anestesia (estágio 1)	Internação, cuidados gerais para a manutenção da vida, administração intramuscular de tiamina
400	Coma, morte (bloqueio respiratório central)	Emergência médica, cuidados intensivos para manutenção da vida, seguir diretriz apropriada para a abordagem do coma

Fonte: Castro e Baltieri, 2004.

12.3.3 Tratamento Medicamentoso

O uso de tiamina 300mg intramuscular (IM) é indicado a todos os usuários, como profilaxia da síndrome de Wernicke–Korsakoff, sempre 30 minutos antes da aplicação de glicose hipertônica intravenosa, no caso desta ser indicada. A tiamina não está incluída na REMUME de Joinville e é prescrita conforme critério médico.

É importante lembrar que a conduta de instalação de soro fisiológico e glicose hipertônica intravenosa somente deve ser utilizada se o usuário se apresentar desidratado ou hipoglicêmico, respectivamente.

Não se recomenda essa prática como modo de abreviar o tempo de permanência do usuário no pronto-socorro ou de interrupção da intoxicação.

Cabe ressaltar que medicações que apresentam efeito cruzado com o álcool devem ser evitadas, incluindo os benzodiazepínicos e histamínicos (prometazina).

Em casos de agitação psicomotora e heteroagressividade, recomenda-se dar preferência aos antipsicóticos de alta potência, como o haloperidol 5mg IM, com intervalos de 30 minutos até a sedação.

12.3.3.1 Dependência de Álcool

A abstinência total deve ser a meta do tratamento, que é realizado por meio de estratégias de intervenção psicoterapêuticas, psicossociais e farmacológicas.

Cada usuário deve ser avaliado individualmente para o diagnóstico e o tratamento mais adequado ao seu caso. Os principais tipos de tratamento disponíveis para a dependência do álcool são médico, psicológico e grupos de autoajuda (p. ex., Alcoólicos Anônimos – AA).

O tratamento farmacológico das dependências químicas como um todo não deve ser a estratégia terapêutica principal, visto que inúmeros outros fatores, além dos biológicos, perfazem estas doenças, mas deve ser pensada como uma importante ferramenta médica na melhor abordagem dos usuários.

Tais estratégias terapêuticas são reservadas para os usuários que pouco respondem às demais intervenções psicossociais (além do manejo farmacológico da SAA). Portanto, são usuários de maior gravidade, devendo ser encaminhados para o CAPSAD onde serão avaliadas as possibilidades terapêuticas disponíveis.

Para que seja eficaz, um fármaco deve ser tomado com regularidade. A não adesão medicamentosa é um problema muito comum na prática médica, não ficando restrita a usuários com dependência de substâncias psicoativas.

As razões para a não adesão ao tratamento incluem negação da doença, efeitos colaterais desagradáveis e falsas crenças sobre a medicação (em geral, relacionadas a impotência sexual, dependência, ficar “chapado”, “babando” ou engordar).

Assim sendo, parte da intervenção farmacológica necessita abranger uma intervenção pró-ativa que ajude o usuário a aderir ao regime medicamentoso diário, pois, embora pareça algo intuitivo, ele precisa ser constantemente lembrado de que o medicamento só ajuda se for usado conforme a prescrição.

Quando um medicamento “não funciona”, é comum os clínicos não perguntarem a seus usuários se estão tomando as pílulas conforme a orientação recebida. A melhora da adesão medicamentosa pode ser obtida por meio das seguintes recomendações:

- Explicar a medicação ao usuário (como ela funciona, possíveis efeitos colaterais, objetivos específicos a serem alcançados por meio dela, etc.);
- Manter uma vigilância repetitiva da tomada da medicação mediante incentivo e contagem de cápsulas em cada visita médica;
- Fornecer ao usuário estratégias simples e esquemas que o auxiliem a não esquecer de tomar o remédio;
- Averiguar possíveis causas da não adesão medicamentosa.

12.3.3.2 Naltrexona (não incluído na REMUME e prescrito conforme critério médico)

Antagonista do receptor opioide que atua como atenuante dos efeitos prazerosos do álcool. O álcool estimularia inrurentemente a atividade opioide endógena ao promover a liberação dos

peptídeos endógenos (encefalinas e beta-endorfinas) na fenda sináptica. Esses efeitos seriam inibidos pela naltrexona.

As principais contra-indicações ao uso da naltrexona são doenças hepáticas agudas e crônicas. O principal efeito adverso desse medicamento é a náusea.

A posologia recomendada da naltrexona no tratamento do alcoolismo é **de 50 mg por dia**. Alguns estudos já utilizam a dose de 100 mg por dia com maiores benefícios. Os ensaios clínicos com naltrexona postulam o período de 12 semanas para o tratamento.

A naltrexona deve ser suspensa se houver elevação das transaminases de maneira persistente.

12.3.3.3 Topiramato

O topiramato pode ser útil não somente no tratamento da dependência alcoólica, mas particularmente da SAA. Acredita-se que tais efeitos sejam decorrentes de sua ação sobre o sistema mesolímbico-mesocortical dopaminérgico, facilitando a via do GABA e atuando como antagonista glutamatérgico.

Em geral, o topiramato é bem tolerado, sendo os efeitos colaterais mais comuns: parestesia, alterações do paladar, anorexia, dificuldade de concentração e alterações cognitivas.

As doses preconizadas variam de 100 a 400 mg, devendo-se fazer um aumento gradativo para minimizar os efeitos colaterais.

12.3.3.4 Ondansetrona (não incluído na REMUME e prescrito conforme critério médico)

O ondansetrona é um antagonista de receptor 5-HT₃ que exerce seus efeitos sobre o sistema mesolímbico-mesocortical dopaminérgico.

Sua eficácia tem sido mostrada para casos de dependência precoce, principalmente em usuários com histórico familiar significativo.

A dose inicial é de 4 mg/kg, duas vezes por dia, que deve ser mantida durante o tratamento.

12.3.4 Encaminhamento

Em caso de dúvida pode-se solicitar segunda opinião formativa via Teleconsultoria/Teleregulação ou Matriciamento, quando:

- Pouca melhora dos sintomas de dependência, mesmo já em acompanhamento com equipe multidisciplinar, uso das medicações e manejo recomendados **por, no mínimo, 60 dias e ter pedido apoio matricial**;
- Agravamento da avaliação do estado mental;
- Apresentar comorbidade de transtorno mental.

Deve-se encaminhar o usuário a um tratamento no **CAPS AD** e no **CAPS Infantojuvenil (crianças e adolescentes até 17anos, 11 meses e 19 dias)** quando houver algum desses fatores:

- Apresenta intenso sofrimento psíquico, que impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida;

- Antecedente de comorbidade psiquiátrica;
- Risco de suicídio ou plano suicida;
- Desesperança significativa e impulsividade;
- **Continuar o abuso e ou dependência química;**
- Psicose; o juízo crítico e o contato com a realidade podem estar comprometidos, porém **não apresenta episódios de auto e/ou heteroagressividade, aceita o manejo e o tratamento;**
- Não adesão ou impossibilidade de seguir tratamento ambulatorial;
- Apoio social precário (mora sozinho, familiares distantes, etc.).

Importante: Maiores informações sobre encaminhamentos, vide capítulo 5, página 49

12.4 Nicotina

De acordo com os resultados da Pesquisa Especial de Tabagismo (GATs), realizada em 2008, com abrangência nacional, 17,2% das pessoas de 15 anos ou mais de idade era usuária de algum produto de tabaco fumado, o que corresponde a 24,6 milhões de fumantes.

Quanto mais precoce o início, maiores serão a gravidade da dependência e os problemas a ela associados. A expectativa de vida de um indivíduo que fuma muito é 25% menor que a de um não fumante. Entre as 25 doenças relacionadas ao hábito de fumar, todas são causas de morte: doenças cardiovasculares (43%); câncer (36%); doenças respiratórias (20%) e outras (1%). Assim, todos os indivíduos que chegam aos serviços de saúde devem ser questionados quanto ao hábito de fumar.

Além do impacto na mortalidade, o tabagismo é um fator de risco para uma grande variedade de morbidades. Ele desencadeia condições como hipertensão e diabetes, também aumenta o risco de as pessoas desenvolverem tuberculose, levando a prejuízos na saúde e qualidade de vida, impactando nos serviços oferecidos na atenção primária que devem fazer o acompanhamento desses agravos e a desperdícios de recursos financeiros pelas famílias e pelo sistema de saúde.

A dependência à nicotina pode ser definida como uma má adaptação ao seu uso, levando a prejuízos ou sofrimentos intensos ao indivíduo, que se tornam evidentes pela ocorrência de:

- **Tolerabilidade ao uso da nicotina** – Com necessidades crescentes da substância para alcançar o efeito desejado;
- **Síndrome de abstinência** – Que aparece quando ocorre a retirada da nicotina ou em períodos curtos após seu uso;
- **Desejo persistente de usar a substância** – (ou esforço mal sucedido para interromper o seu uso).

Esta dependência é mediada por vários fatores, entre eles o fator genético, responsável por até 60% do risco de início e até 70% do risco de manter a dependência, além da ação direta da nicotina no sistema nervoso central, liberando uma enorme quantidade de neurotransmissores, desencadeando a sensação de prazer, a melhora cognitiva e da memória, a diminuição do apetite, maior estabilidade emocional, dentre outros.

Durante o contato com a equipe de saúde, qualquer usuário deve ser questionado sobre tabagismo. Em caso de resposta positiva outras características devem ser coletadas, tais como: a “**carga tabágica**”(Número médio de cigarros fumados por dia multiplicado pelo tempo em anos), idade de início do tabagismo, presença de comorbidades (principalmente doenças respiratórias e cardiovasculares), se pensa em parar de fumar algum dia, se tem conhecimento dos malefícios e do risco da manutenção do hábito de fumar, se alguma vez já tentou ficar mais de 24 horas sem fumar (em caso positivo é importante questionar sobre o motivo do retorno ao hábito) e, por fim, se pretende parar de fumar nos próximos seis meses.

12.4.1 Avaliação e Diagnóstico

Conforme a CID 10:

F17 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo

- F17.0 – Intoxicação aguda;
- F17.1 – Uso nocivo para a saúde;
- F17.2 – Síndrome de dependência;
- F17.3 – Síndrome de abstinência;
- F17.8 – Outros transtornos mentais ou comportamentais;
- F17.9 – Transtorno mental ou comportamental não especificado.

Os critérios diagnósticos para a abstinência de nicotina são os seguintes:

- i. Uso diário de nicotina por pelo menos algumas semanas;
- ii. Cessação abrupta do uso de nicotina, ou redução na quantidade de nicotina usada, seguidas dentro de 24 horas por quatro (ou mais) dos seguintes sinais:
 - Humor disfórico ou deprimido;
 - Insônia;
 - Irritabilidade, frustração ou raiva;
 - Ansiedade;
 - Dificuldade para concentrar-se;
 - Inquietação;
 - Frequência cardíaca diminuída;
 - Aumento do apetite ou ganho de peso.
- iii. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas de funcionamento importantes;
- iv. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Conforme o DSM-5:

A. Um padrão problemático de uso de tabaco, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

- Tabaco é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de tabaco;
- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção ou uso de tabaco.
- Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco;
- Uso recorrente de tabaco resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., interferência no trabalho);
- Uso continuado de tabaco apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos (p. ex., discussões com os outros sobre o uso de tabaco);
- Importantes atividades sociais, profissional ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de tabaco;
- Uso recorrente de tabaco em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., fumar na cama);
- O uso de tabaco é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ele;
- Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - Necessidade de quantidades progressivamente maiores de tabaco para atingir o efeito desejado;
 - Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de tabaco.
- Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - Síndrome de abstinência característica de tabaco (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de tabaco);
 - Tabaco (ou uma substância estreitamente relacionada, como nicotina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de tabaco terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de tabaco foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, “Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco”, ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de tabaco terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de tabaco foi preenchido

em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, “Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar tabaco”, ainda pode ocorrer).

Em terapia de manutenção: O indivíduo vem em uso de medicamentos de manutenção de longo prazo, como medicamentos de reposição de nicotina, e nenhum dos critérios para transtorno por uso de tabaco foi satisfeito para essa classe de medicamento (exceto tolerância ou abstinência do medicamento de reposição de nicotina).

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso ao tabaco é restrito.

Na prática diária podemos utilizar uma escala de avaliação do grau de dependência à nicotina, chamado **Teste de Fagerström**. Cabe notar que das seis perguntas, metade está relacionada com o primeiro cigarro da manhã, além disso, a maior pontuação individual é para o fumante que inicia seu primeiro cigarro do dia nos primeiros cinco minutos após acordar. O peso do primeiro cigarro da manhã está relacionado com a **nicotinemiamatinal** do fumante, que passou seu período de sono sem fumar, e o aparecimento dos primeiros sintomas da abstinência.

Quadro 30 – Teste de Fagerström para dependência da nicotina

1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o seu primeiro cigarro?					
<input type="checkbox"/> Dentro de 5 min (3)		<input type="checkbox"/> Entre 6 e 30 min (2)			
<input type="checkbox"/> Entre 31 e 60 min (1)		<input type="checkbox"/> Após 1 hora (0)			
2. Você acha difícil fumar em ambientes proibidos como igrejas, bibliotecas....					
<input type="checkbox"/> Sim (1)		<input type="checkbox"/> Não (0)			
3. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?					
<input type="checkbox"/> O primeiro da manhã (1)		<input type="checkbox"/> Outros (0)			
4. Quantos cigarros você fuma por dia?					
<input type="checkbox"/> Menos de 10 (0)		<input type="checkbox"/> De 11 a 20 (1)			
<input type="checkbox"/> De 21 a 30 (2)		<input type="checkbox"/> Mais de 31 (3)			
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?					
<input type="checkbox"/> Sim (1)		<input type="checkbox"/> Não (0)			
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama na maior parte do tempo?					
<input type="checkbox"/> Sim (1)		<input type="checkbox"/> Não (0)			
Grau de dependência	0–2: Muito baixo	3 – 4: Baixo	5: Médio	6–7: Elevado	8–10: Muito elevado

Fonte: BRASIL, 2001

Uma soma acima de seis pontos geralmente indica que o usuário sentirá desconforto ao iniciar seu processo de cessação do tabagismo.

Ao acordar pela manhã, o nível de nicotina plasmática está abaixo do nível de neutralidade, significando que este indivíduo acordará com sintomas de abstinência e procurará fumar mais precocemente pela manhã. Isso explica também porque alguns tabagistas de alto grau de dependência nicotínica acordam durante a noite para fumar. O desconforto neurobiológico da baixa concentração de nicotina desencadeia reações mesmo com o usuário dormindo. Em outras palavras: o cérebro sentindo a abstinência “acorda” o usuário para fumar um cigarro.

12.4.2 Diagnóstico Diferencial

Os sintomas de abstinência de nicotina sobrepõem-se às seguintes condições: outras síndromes de abstinência;

- Intoxicação com cafeína;
- Transtornos do humor;
- Ansiedade;
- Sono;
- Acatisia induzida por medicamentos.

A admissão a unidades de internação onde é proibido fumar pode induzir sintomas de abstinência capazes de imitar, intensificar ou disfarçar outros diagnósticos.

A redução dos sintomas associada com o reinício do fumar ou com uma terapia de substituição da nicotina confirma o diagnóstico.

Como a nicotina parece não prejudicar de forma grave o funcionamento mental, a dependência de nicotina não é facilmente confundida com outros transtornos relacionados a substâncias e transtornos mentais.

12.4.3 Tratamento

Em Joinville, o Programa Municipal de Controle do Tabagismo, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, prevê a abordagem do fumante tendo como eixo central intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e a prevenção de recaída. Em casos específicos pode ser utilizado um apoio medicamentoso. O tratamento é oferecido nas Unidades Básicas de Saúde da Família. Para maiores informações e orientações, utilizar o Manual Instrutivo do Programa Municipal de Controle do Tabagismo.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

12.5 Cocaína

A cocaína é um poderoso estimulante do SNC que se deriva das folhas da planta *Erythroxylon coca*, um arbusto encontrado ao leste dos Andes e acima da bacia amazônica. O hidrocloreto decocaína é a substância na forma de sal comumente vendido como pó.

O crack é a cocaína na forma de base e pode ser consumido via pulmonar, produzindo rápida absorção e efeito mais intenso quando comparada às vias nasal e endovenosa.

O segundo Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado nas 108 maiores cidades do país, em 2005, encontrou taxa de 2,9% de uso na vida para cocaína e 0,7 % de uso na vida para o crack. O uso está concentrado na população do sexo masculino na faixa etária dos 25 aos 34 anos.

O uso, a curto e longo prazo, predispõe a doenças infecciosas (AIDS, hepatite e tuberculose, especialmente). O meio social em que a droga é comercializada geralmente se vincula à criminalidade e à violência. Grávidas usuárias expõem o feto à droga. O crack está ligado a inúmeros problemas sociais contemporâneos.

Quadro 31 – Cocaína: formas ilícitas de apresentação

PASTA BASE	Macerado das folhas, cal, solvente e ácido sulfúrico.
PÓ	A pasta é tratada com ácido hipoclorídrico, produzindo o cloridrato de cocaína (pó branco e sem cheiro).
CRACK	Pasta de coca, bicarbonato de sódio ou amônia, água e aquecimento, transformando a pasta em pedras.
MERLA	Pasta de coca ou pó, ácido sulfúrico, solvente.
OXI (OU ÓXIDO)	Pasta base de cocaína com solvente.

Fonte: SES/SC, 2015.

12.5.1 Avaliação e Diagnóstico

Conforme a CID 10:

F14. – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.

Aos signos alfanuméricos acima, juntam-se, após um ponto, as subdivisões, como um quarto caractere:

F14. 0 – Intoxicação aguda;

F14.1 – Uso nocivo para a saúde;

F14.2 – Síndrome de dependência;

F14.3 – Síndrome de abstinência;

F14.4 – Síndrome de abstinência com delirium;

F14.5 – Transtorno psicótico;

F14.6 – Síndrome amnésica;

F14.7 – Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia;

F14.8 – Outros transtornos mentais ou comportamentais;

F14.9 – Transtorno mental ou comportamental não especificado.

Os critérios diagnósticos para a síndrome de **dependência** de derivados da coca (F14.3) são os seguintes:

- Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de cocaína;
- Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se de algumas horas a alguns dias após o Critério A:
 - Fadiga;
 - Sonhos vívidos e desagradáveis;
 - Insônia ou hipersonia;
 - Aumento do apetite;
 - Retardo ou agitação psicomotora. Anedonia e premência pela droga também podem estar presentes.
- Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento;
- Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Os sintomas agudos de abstinência freqüentemente são vistos após períodos de uso repetitivo de altas doses e se caracterizam por sensações intensas e desagradáveis de lassidão e depressão, geralmente exigindo vários dias de repouso e recuperação. Sintomas depressivos com ideação ou comportamento suicida podem ocorrer.

Uma parcela considerável dos indivíduos com dependência leve de cocaína apresenta poucos ou nenhum sintoma de abstinência evidente ao cessar o uso da substância.

Os usuários crônicos, usando doses maiores, na falta da substância fazem síndromes de privação típicas, compostas por três fases progressivas:

1. **Crash:** Drástica redução no humor e na energia. Instala-se cerca de 15 a 30 minutos após cessado o uso da droga, persistindo por cerca de 8 horas e podendo estender-se por até 4 dias. O usuário pode sentir depressão, ansiedade, paranoia e um intenso desejo de voltar a usar a droga, o *craving* ou fissura. Instala-se a hipersonia, aversão ao uso de mais cocaína, e o indivíduo desperta, em algumas ocasiões, para ingerir alimentos em grande quantidade. Essa última parte pode durar de 8 horas até quatro dias.
2. **Síndrome disfórica tardia:** Que se inicia de 12 a 96 horas depois de cessado o uso e pode durar de duas a 12 semanas. Nos primeiros quatro dias há presença de sonolência e de desejo pelo consumo da droga, anedonia, irritabilidade, problemas de memória e ideação suicida. Ocorrem recaídas frequentes, como forma de tentar aliviar os sintomas disfóricos.
3. **Fase de extinção:** Os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo e a fissura (*craving*) torna-se intermitente.

Os efeitos da cocaína aparecem imediatamente após uma única dose e desaparecem em poucos minutos ou em até 1 hora. As vias endovenosas e pulmonares produzem efeito imediato com duração de 5 a 10 minutos, e a via nasal apresenta efeito mais lento com duração de 15 a 30 minutos.

Pequenas doses propiciam sensação de euforia, energia, fluência verbal, maior sensibilidade para visão, tato e audição e podem diminuir temporariamente a necessidade de comer e dormir.

Os efeitos fisiológicos incluem vasoconstrição, dilatação pupilar, aumento da temperatura corporal, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. As complicações médicas mais frequentes incluem as cardiovasculares, como arritmias e infarto agudo do miocárdio, e as neurológicas, como cefaleia, convulsões, acidentes vasculares cerebrais e coma.

Diferentemente dos transtornos de personalidade, que são vitalícios e anteriores ao uso da cocaína, as alterações da personalidade por abuso representam uma mudança no padrão prévio e característico do indivíduo.

São alterações reversíveis após um período sem usar a droga. Os dependentes vão gradativamente se encaixando em um padrão de personalidade após longo tempo de dependência (6 a 12 meses).

Dentro da singularidade de cada pessoa, os dependentes coletam e guardam alguns traços comuns, relacionados à substância.

Quadro 32 – Principais características da alteração da personalidade na dependência química

Mentiras seguidamente
Desmazelo (pessoal e em seu ambiente)
Irritabilidade e agressividade
Impulsividade
Relaxamento da ética (furtos, etc.)
Arrogância e prepotência
Não cumprimento de compromissos
Apatia amotivacional
Desinteresse por tudo que não diz respeito à droga
Instabilidade afetiva
Alteração do padrão do sono
Alteração do padrão alimentar

Fonte: SES/SC, 2015.

12.5.1.1 Dependência – Síndrome de Abstinência

A tolerância a alguns efeitos da cocaína pode ocorrer durante o primeiro uso da substância. A abstinência de cocaína não produz alterações somáticas ou autonômicas e está associada a sintomas relacionados ao humor, como fadiga, irritabilidade e ansiedade, que melhoram em alguns dias.

Após consumo intenso da droga, os indivíduos experimentam o *crash* caracterizado por sintomas depressivos e ansiosos, agitação e intensa fissura. Depois desse período, o indivíduo

passa por uma fase de abstinência com fadiga, baixa energia física e mental e pouco interesse pelo ambiente. Durante a abstinência tardia, podem ocorrer breves períodos de intensa fissura e pessoas e objetos podem ser estímulos desencadeantes (gatilhos) para recaídas.

12.5.1.2 Complicações Clínicas

Variam desde lesões em mucosa nasal até complicações cardiopulmonares graves. O crack pode estar associado a lesões pulmonares, como pneumonia intersticial, fibrose, hipertensão pulmonar, hemorragia alveolar, exacerbação de asma, barotrauma, linfadenopatia hilar e enfisema bolhoso.

Os acidentes vasculares cerebrais são relacionados dentro das complicações neurológica do uso da cocaína. A origem isquêmica é mais comum em indivíduos com história de uso de cocaína no passado e a hemorrágica em usuários ativos da substância.

12.5.2 Tratamento

12.5.2.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

National Institute on Drug Abuse (NIDA), dos Estados Unidos, elenca os seguintes princípios, sobre a abordagem da cocaína e do crack:

- Nenhum tratamento é efetivo para todos os usuários;
- O tratamento necessita ser facilmente disponível;
- O tratamento deve atender às várias necessidades e não somente ao uso de drogas;
- O tratamento necessita ser constantemente avaliado e modificado de acordo com as necessidades do usuário;
- Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental para a efetividade;
- Aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento;
- Medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com terapia;
- A comorbidade deveria ser tratada de forma integrada;
- Desintoxicação é só o começo do tratamento;
- O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo;
- A possibilidade de uso de drogas deve ser monitorada;
- Avaliação sobre HIV, hepatites B e C e aconselhamento para minimização de riscos;
- Recuperação é um processo longo e, muitas vezes, são necessários vários períodos de tratamento.

É interessante que o tratamento compreenda uma combinação de atividades psicossociais grupais, psicoterapias e abordagens farmacológicas. Os objetivos do tratamento do dependente de cocaína ou de seus subprodutos são:

- Orientar o suporte sintomático na intoxicação;
- Estabelecer um fluxo específico de tratamento;
- Promover a reabilitação;
- Possibilitar a abstinência;

- Promover a redução de danos;
- Contribuir na constituição da rede de cuidados ao usuário de substâncias psicoativas.

O projeto terapêutico singular consiste num plano de tratamento desenvolvido pela equipe de saúde (idealmente sob coordenação de um técnico de referência para o usuário), com o usuário adaptado às necessidades pessoais contemporâneas do usuário. O projeto deve ter metas e prever intervenções planejadas.

Como regra, o tratamento da dependência da cocaína em pó, aspirada, **não requer internação hospitalar**, podendo ser realizado em nível comunitário, como o de CAPS, ambulatórios e unidades de atenção primária.

Nas fases iniciais do tratamento, em que há fissura (*craving*), é importante a alta frequência do usuário ao serviço, muitas vezes com comparecimento diário.

Vários estudos, nas últimas duas décadas, trazem evidências não só de que é possível tratar em regime intensivo ou semi-intensivo de serviços, como os CAPS e os hospitais-dia, mas de que o tratamento hospitalar não apresenta maiores resultados, na sequência da vida do usuário, em relação ao ambulatorial.

Intervenções psicossociais baseadas em terapias comportamentais podem ajudar a diminuir o uso da droga e a reduzir o abandono do tratamento. Intervenções múltiplas (multimodais) mostram-se mais efetivas do que atendimentos não intensivos (como a simples consulta eventual).

Revisões relatam a existência de algumas mudanças comportamentais significativas e redução das taxas de consumo de cocaína na sequência da intervenção. **Porém, pelas evidências atualmente disponíveis, não há uma abordagem padrão, ou um tratamento único, capaz de abranger os aspectos multidimensionais da dependência química e capaz de produzir resultados altamente significativos.**

As estratégias de redução de danos são parte integrante do sistema de saúde. Adquirem maior importância diante do uso injetável de cocaína.

12.5.2.2 Tratamento Medicamentoso

Até o momento, **nenhum medicamento se mostrou eficaz para abolir**, de imediato, os sintomas de síndrome de dependência, nem para atuar sobre o comportamento de procura da substância.

Algumas medicações têm sido estudadas com **resultados inconclusivos**, como:

- **Topiramato:** Em decorrência da redução da intensidade e da duração da fissura em dependentes dessa substância;
- **Imipramina:** Tem sido bastante usada. Há evidências de que a psicoterapia de prevenção de recaída associada ao uso do cloridrato de imipramina tem maior efetividade para casos graves;
- **Amitriptilina:** Pertence ao mesmo grupo farmacológico (o dos psicoanalépticos tricíclicos) e tem efeitos sedativos um pouco mais intensos, inclusive ajudando a conciliar o sono, se tomada em dose única, na posologia de 75 mg, à noite;

- **Os tranquilizantes maiores típicos:** Demonstram capacidade para bloquear parcialmente os receptores, tornando necessárias doses maiores de cocaína para a obtenção dos mesmos efeitos. O bloqueio limita os efeitos motores próprios da cocaína, todavia não atua sobre o sistema de reforço e gratificação;
- **Tranquilizantes menores:** Como o diazepam, só teriam indicação, de forma temporária e breve, em situações de grande ansiedade. Não se deve recomendar benzodiazepínicos a pessoas que tenham vínculos frágeis com o serviço de saúde, pois corre-se o risco de criar dependência química do tranquilizante, sem que a dependência da cocaína seja superada;
- **Os neurolépticos:** Têm em alguma eficácia, mas não são sentidos pelo usuário como agradáveis, pois são sedativos, o que facilita o abandono do tratamento. Neurolépticos de uso histórico, como o haloperidol e a clorpromazina, já estão testados e são bem conhecidos.

12.5.2.3 Desintoxicação

A desintoxicação, do ponto de vista médico, é o tratamento sintomático de suporte para as situações de intoxicação aguda. É uma abordagem pontual, que dura poucos dias.

É interessante que a sequência da atenção clínica aborde os sintomas de fissura (*craving*) por duas a quatro semanas, para aumentar a adesão ao conjunto da terapia e à tentativa de mudança de hábitos.

O tratamento da síndrome de abstinência de crack implica:

- Manejo sintomático, tratando os sintomas da abstinência à medida em que vão surgindo: náuseas com anti-eméticos, dores com analgésicos comuns, insônia com diazepam, etc;
- Hidratar o usuário;
- Evitar a contenção física, sempre que possível;
- Não reter o usuário caso se ele esteja decidido a abandonar o serviço;
- Durante ou logo após a abstinência podem surgir sintomas depressivos, ou haver manifestação de uma depressão pré-existente, mascarada pelo uso de cocaína;
- Atentar, no caso de depressões somadas a impulsividade, para riscos de suicídio.

12.5.2.4 Critérios para Internação

Os critérios clínicos para hospitalização são os seguintes:

- Overdose que requeira medidas de suporte;
- Alterações persistentes do estado mental ou da psicomotricidade, com sintomas psicóticos ou comportamentais severos;
- Hipertermia significativa ou rabdomiólise, coagulopatias, acidose metabólica, hipertensão severa, dor torácica sugestiva de isquemia de miocárdio, falência renal, respiratória ou hepática;

- Risco de quadro grave de abstinência em portadores de quadros clínicos concomitantes, bem documentados, ou histórico concomitante de uso pesado de álcool que possa agravar a evolução clínica;
- História bem documentada pelos médicos assistentes de não adesão, de não se haver benefício de tratamento em regime extra-hospitalar, ou da ausência absoluta de serviços comunitários;
- Comorbidade psiquiátrica importante que por si só exigiria atendimento hospitalar ou cujos transtornos impossibilitem adesão a tratamento extra-hospitalar;
- **Casos em que o uso das substâncias ou comportamentos constituem grave perigo para si ou para terceiros, mediante relatório do CAPS explicitando que já foram esgotados todos os meios de tratamento comunitário e o porquê de tais tratamentos terem falhado;**
- Usuários cuja fissura é vivida com grande angústia e agitação psicomotora, pouco empenhados em abster-se do uso da substância, em vulnerabilidade social e fácil acesso ao uso da droga.

Dependendo do caso, a internação deve ser realizada em enfermaria clínica de hospital geral (como em casos do item 3, acima), ou em serviço de saúde mental de hospitais gerais ou em hospital especializado.

A internação, algumas vezes, deve ser imediata, para garantir a segurança do usuário e a estabilização do quadro clínico. O ideal é que, após a estabilização, o usuário seja encaminhado para tratamento de longa duração em CAPS AD ou outro serviço de saúde. Os CAPS podem oferecer atendimento intensivo ou semi-intensivo.

Alguns casos se beneficiam do acolhimento em comunidades terapêuticas, estruturas que trabalham, por vários meses, através de vivências grupais, a mudança de hábitos de vida, pela coexistência entre pessoas com problemas parecidos. As comunidades terapêuticas têm demonstrado bons resultados para alguns dependentes de crack, mas os resultados para o conjunto dos atendidos é apenas parcial.

Tratamento Medicamentoso Adolescentes: As intervenções psicofarmacológicas para adolescentes usuários de álcool e drogas ainda estão em seus estágios iniciais e devem ser avaliadas pela equipe de saúde conforme as indicações e necessidades de cada caso.

Tratamento Medicamentoso Gestação e Puerperio: O consumo de cocaína durante a gravidez está associado a complicações tais como: baixo peso ao nascer, abortos espontâneos e déficits cognitivos ao recém-nascido.

Não há evidência de uma síndrome teratogênica. Apesar de não haver números confiáveis sobre o uso de cocaína entre grávidas, há evidências que elas têm tendência a não relatarem seu consumo de drogas, em especial álcool, tabaco e cocaína. Isso torna ainda mais importante uma investigação sobre o assunto, de modo empático, direto e detalhado.

Como regra, a gravidez em dependentes de crack pode ser considerada gestação de alto risco e obedece aos preceitos da Portaria MS/GM nº 1.020, de 29 de maio de 2013, do Ministério

da Saúde, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência.

O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela atenção primária à saúde, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco. A equipe da APS deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado, que em Joinville é a Maternidade Darcy Vargas.

O caso requer comunicação entre as Redes de Atenção Psicossocial e Cegonha. Para a população em situação de rua, eventualmente o primeiro contato poderá ser feito por uma equipe de Consultório na Rua.

Eventualmente a usuário é atendida em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Prontos-Socorros hospitalares (PS), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), hospitais, por intoxicações agudas ou por outros quadros complicados.

O Centro de Atenção Psicossocial especializado em problemas relacionados a álcool e outras drogas (CAPS AD) é o serviço de saúde mais indicado para o seguimento da usuária na fase do tratamento da dependência. Após a estabilização, a sequência do tratamento pode ser feita em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme indicação de admissão em cada serviço.

Tratamento Medicamentoso Idosos: O uso de substâncias ilícitas também deve ser investigado em casos de transtornos psiquiátricos em idosos, assim como é feito na população adulta jovem. A história de uso prévio também pode ser indicativa ou apontar para um diagnóstico psiquiátrico atual, visto que o consumo de substâncias ilícitas parece mais prevalente nos transtornos do humor, de ansiedade e da personalidade, psicose e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, em comparação a amostras saudáveis.

Vale lembrar que o próprio uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas pode mimetizar diversas alterações psiquiátricas, e a abstinência acarreta melhora progressiva do quadro.

Além disso, a presença de sintomas de depressão ou ansiedade parece ser um aspecto importante no aumento das taxas de suicídio.

O manejo e a avaliação diagnóstica de idosos incluem alguns cuidados especiais, a saber:

- A história clínica, na maioria das vezes, deve ser realizada com usuário e informante;
- Algumas vezes, uma visita domiciliar pode ser necessária; iii) o uso de substâncias deve ser rastreado mesmo em idosos em instituições de longa permanência;
- Os familiares podem ser complacentes com a dependência química;
- Os usuários podem esconder ou negar o uso de substâncias, principalmente as ilícitas; e
- As comorbidades físicas e o uso de diversos medicamentos devem ser considerados na avaliação do uso de álcool como de risco ou não.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

12.6 Maconha

A *Cannabis sativa* é um arbusto da família das *Moraceae*, conhecido pelo nome de "cânhamo" da Índia, que cresce livremente nas regiões tropicais e temperadas. Os seus efeitos medicinais e euforizantes são conhecidos há mais de 4 mil anos. Na China, existem registros históricos das suas ações medicinais desde o século III a. C. No início do século passado, passou a ser considerada um "problema social", sendo banida legalmente na década de 30. O seu uso médico declinou lentamente, pois pesquisadores não conseguiram isolar os seus princípios ativos em função da rápida deterioração da planta. Alguns países começaram a relacionar o abuso da maconha à degeneração psíquica, ao crime e à marginalização do indivíduo. Nas décadas de 60 e 70, o seu consumo voltou a crescer significativamente, chegando ao ápice no biênio 1978/1979.

A maconha é a droga ilícita mais usada mundialmente, nos EUA, 40% da população adulta já experimentaram maconha uma vez pelo menos. O uso da maconha geralmente é intermitente e limitado: os jovens param por volta dos seus 20 anos e poucos entram num consumo diário por anos seguidos.

A dependência de maconha está entre as dependências de drogas ilícitas mais comuns; um em dez daqueles que usaram maconha na vida se tornam dependentes em algum momento do seu período de quatro a cinco anos de consumo pesado. Este risco é mais comparável aode dependência de álcool (15%) do que de outras drogas (tabaco é de 32% e opióides é de 23%).

O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) realizou em 2013 o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD). A partir de entrevista domiciliar com uma amostra de 4.607 indivíduos de 14 anos de idade ou mais, a pesquisa revelou que: 7% dos adultos brasileiros já experimentaram maconha na vida; 3% da população adulta fez uso frequente no último ano; a dependência está presente em 40% dos usuários; mais da metade dos usuários fazem consumo diário; e 60% experimentaram Cannabis antes dos 18 anos. Entre os adultos, um a cada três usuários já tentaram parar e não conseguiram, e 27% já vivenciaram sintomas de síndrome de abstinência quando cessaram o consumo. Em relação ao gênero, o II LENAD demonstra que, entre os usuários de maconha, os homens usam três vezes mais a droga do que as mulheres no Brasil.

As taxas de absorção oral são mais elevadas (90% a 95%) e lentas (30 a 45 minutos) em relação à absorção pulmonar (50%). Os efeitos farmacológicos pela absorção pulmonar podem demorar entre 5 a 10 minutos para iniciarem.

Devido à sua lipossolubilidade, os canabinóides acumulam-se principalmente nos órgãos onde os níveis de gordura são mais elevados (cérebro, testículos e tecido adiposo). Alguns usuários podem exibir os sintomas e sinais de intoxicação por até 12 a 24h, devido à liberação lenta dos canabinóides a partir do tecido adiposo.

12.6.1 Uso Medicinal

Uma planta que apresenta grande potencial terapêutico, apesar de suas propriedades psicotrópicas. Esta planta vem sendo utilizada, há séculos, pela humanidade para diversos fins, tais como, alimentação, rituais religiosos e práticas medicinais.

A aplicação terapêutica dos canabinóides é um tema muito controverso, pois, apesar das propriedades terapêuticas, estes compostos apresentam também efeitos psicotrópicos, considerados os principais vilões no uso medicinal desta classe de compostos. Dois exemplos de fármacos desenvolvidos com base em compostos canabinóides são o Marinol® (Dronabinol, (-)-Delta 9-THC), desenvolvido pelo laboratório Roxane (Columbus – EUA) e o Cesamet® (Nabilone), desenvolvido pelo laboratório Eli Lilly (Indianápolis – EUA) e agora liberado para uso terapêutico no Reino Unido.

Estes medicamentos são comercializados para controle de náuseas produzidas durante tratamentos de quimioterapia e como estimulantes do apetite, durante processos de anorexia desenvolvidos em usuários com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

Embora os canabinóides exerçam efeitos diretos sobre um determinado número de órgãos, incluindo os sistemas imunológico e reprodutivo, os principais efeitos farmacológicos observados estão relacionados ao sistema nervoso central. Alguns exemplos das aplicações terapêuticas dos canabinóides são efeito analgésico, controle de espasmos em usuários portadores de esclerose múltipla, tratamento de glaucoma, efeito broncodilatador, efeito anticonvulsivo, etc. Alguns efeitos colaterais podem acompanhar os efeitos terapêuticos citados acima, tais como, alterações na cognição e memória, euforia, depressão, efeito sedativo e outros

12.6.2 Avaliação e Diagnóstico

Conforme a CID-10 e DSM-5:

F12. – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides

A. Um padrão problemático de uso de *Cannabis*, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

- *Cannabis* é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de *Cannabis*;
- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de *Cannabis*, na utilização de *Cannabis* ou na recuperação de seus efeitos;
- Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar *Cannabis*;
- Uso recorrente de *Cannabis*, resultando em fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa;
- Uso continuado de *Cannabis*, pode causar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância;

- Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de *Cannabis*;
- Uso recorrente de *Cannabis* em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;
- O uso de *Cannabis* é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância;
- Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - Necessidade de quantidades progressivamente maiores de *Cannabis* para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de *Cannabis*.
- Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - Síndrome de abstinência característica de *Cannabis* (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de *Cannabis*);
 - *Cannabis* (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especificar se:

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de *Cannabis* terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de *Cannabis* foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, “Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar *Cannabis*”, ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de *Cannabis* terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de *Cannabis* foi preenchido em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, “Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar *Cannabis*”, ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso a *Cannabis* é restrito.

Um cigarro de maconha ou baseado típico contém cerca de 0,3 a 1g de maconha. A concentração de Delta-9-THC nas diferentes apresentações da *Cannabis* (maconha, haxixe, skunk) varia de 1% a 15%, ou seja, de 2,5mg a 150mg de THC. Estima-se que a concentração mínima preconizada para a produção dos efeitos euforizantes seja de 1% ou um cigarro de 2 a 5 mg. Os efeitos da intoxicação aparecem após alguns minutos do uso.

Quadro 33 – Sinais e sintomas decorrentes do consumo da maconha

EFEITOS EUFORIZANTES	
• Aumento do desejo sexual	• Hilaridade
• Sensação de lentificação do tempo	• Aumento da sociabilidade
• Aumento da autoconfiança e grandiosidade	• Sensação de relaxamento
• Risos imotivados	• Aumento da percepção das cores, sons, texturas e paladar
• Loquacidade	• Aumento da capacidade de introspecção
EFEITOS FÍSICOS	
• Taquicardia	• Redução da capacidade auditiva
• Hiperemia conjuntival	• Aumento da acuidade visual
• Boca seca	• Broncodilatação
• Hipotermia	• Hipotensão ortostática
• Tontura	• Aumento do apetite
• Retardo psicomotor	• Xerostomia
• Redução da capacidade para execução de atividades motoras complexas	• Tosse
• Incoordenação motora	• Midríase
EFEITOS PSÍQUICOS	
• Despersonalização	• Prejuízos à concentração
• Desrealização	• Prejuízo da memória de curto prazo
• Depressão	• Letargia
• Alucinações e ilusões	• Excitação psicomotora
• Sonolência	• Ataques de pânico
• Ansiedade	• Auto-referência e paranoia
• Irritabilidade	• Prejuízo do julgamento

Fonte: Zaleski, 2006.

Déficits motores (por exemplo, prejuízo da capacidade para dirigir automóvel) e cognitivos (por exemplo, perda de memória de curto prazo, com dificuldade para lembrar de eventos, que ocorreram imediatamente após o uso de *canabis*) costumam acompanhar a intoxicação.

Quadro 34 – Déficits motores e cognitivos observados durante a intoxicação aguda de maconha

<ul style="list-style-type: none">• Redução da capacidade para solucionar problemas e classificar corretamente as informações (por ex., sintetizar da parte para o todo);	<ul style="list-style-type: none">• Redução da capacidade de transferir material da memória imediata para a memória de longo prazo;
<ul style="list-style-type: none">• Habilidades psicoespaciais (por ex. problemas para diferenciar tempo e espaço);	<ul style="list-style-type: none">• Piora das tarefas de memória de códigos;
<ul style="list-style-type: none">• Piora da compreensão diante de estímulos sensoriais apresentados;	<ul style="list-style-type: none">• “Ressaca” matinal;
<ul style="list-style-type: none">• Redução da capacidade para realizar atividades complexas (por ex., dirigir automóveis);	<ul style="list-style-type: none">• Redução da formação de conceitos;
<ul style="list-style-type: none">• Prejuízo da representação mental do ambiente;	<ul style="list-style-type: none">• Piora da estimativa de tempo;
<ul style="list-style-type: none">• Redução das atividades da vida diária;	<ul style="list-style-type: none">• Piora da capacidade de concentração.

Fonte: Zaleski, 2006.

Sintomas psiquiátricos: O consumo de maconha pode desencadear quadros temporários de natureza ansiosa, tais como reações de pânico, ou sintomas de natureza psicótica. Ambos habitualmente respondem bem a abordagens de reassseguramento e normalmente não há necessidade de medicação.

A maconha é capaz de piorar quadros de esquizofrenia, além de constituir um importante fator desencadeador da doença em indivíduos predispostos. Desse modo, usuários esquizofrênicos usuários de maconha e seus familiares devem ser orientados acerca dos riscos envolvidos. O mesmo se aplica aos indivíduos com fatores de risco e antecedentes familiares para a doença.

Complicações crônicas: Ainda há pouco consenso a respeito das complicações crônicas do consumo de maconha. As investigações acerca da existência de seqüelas ao funcionamento cognitivo e de dependência da maconha, têm merecido a atenção dos pesquisadores nos últimos anos.

Dependência: A dependência da maconha vem sendo diagnosticada há algum tempo, nos mesmos padrões das outras substâncias. Muitos estudos comprovam que os critérios atuais de dependência aplicam-se muito bem à dependência da maconha bem como de outras drogas.

Devido à dificuldade de quantificar a maconha que atinge a corrente sangüínea, não há doses formais definidas de THC que produzem a dependência. O risco de dependência aumenta conforme a extensão do consumo. Apesar disso, alguns usuários diários não se tornam

dependentes ou desejam parar o consumo. A maioria dos usuários não se torna dependente e uma minoria desenvolve uma síndrome de uso compulsivo semelhante à dependência de outras drogas.

Para complementar a formalização da dependência da maconha, a síndrome de abstinência desta droga, apesar de reconhecida como fato pelo CID-10, só havia sido descrita em laboratório. Não é possível ainda determinar a natureza dos sintomas da abstinência.

12.6.3 Tratamento

Apesar da existência de muitos efeitos nocivos da maconha permanecer inconclusiva, a recomendação é que os profissionais de saúde informem seus usuários de maconha sobre os já comprovados efeitos nocivos (risco de acidente, danos respiratórios para usuários crônicos, risco de desenvolver dependência para usuários diários e déficit cognitivo para os usuários crônicos). Os efeitos nocivos inconclusivos também devem ser transmitidos. Intervenções mínimas, de natureza motivacional ou cognitiva, têm se mostrado de grande valia para esses indivíduos. Casos de dependência estabelecida devem ser encaminhados para atenção profissional especializada e tratados conforme cada caso ou na existência de comorbidades clínicas e psiquiátricas.

Infância e Adolescência: As intervenções psicofarmacológicas para adolescentes usuários cannabis ainda estão em seus estágios iniciais e devem ser avaliadas pela equipe de saúde conforme as indicações e as necessidades de cada caso.

Gestação e Puerperio: Sabe-se que a cannabis é a substância ilícita mais utilizada por gestantes e puérperas, porém dados sobre a epidemiologia do consumo nessa população específica são limitados, e é provável que os números divulgados estejam muito abaixo da realidade.

De Genna et al. demonstram que há urgência em se pensar alternativas de tratamento para mulheres que não interrompem o consumo. Os autores verificaram que, entre as 456 gestantes recrutadas (idades entre 13 e 42 anos) entre 1 ano antes da gestação até 16 anos após o parto, as mães mais jovens tinham maior probabilidade de seguir fazendo uso da substância, de parar de usar tardiamente e de fazer uso crescente e crônico durante os 17 anos de acompanhamento. Entre as usuárias mais frequentes, observaram também o consumo de outras substâncias e sintomas depressivos crônicos, que representam fatores agravantes.

Recentemente, pesquisadores vêm estudando a síndrome de hiperêmese por canabinoide como fator de risco para o consumo de cannabis durante a gestação, pois esse quadro pode causar sintomas de náusea e vômitos intensos nesse período. Estudo realizado no Havaí com 4.735 mulheres identificou o relato de consumo de *cannabis* em 6,0% da amostra no mês anterior à gravidez. Dessa porcentagem, aproximadamente 21,2% relatou náusea severa durante a gravidez, com maior probabilidade de fazer uso da substância na gestação (3,7 versus 2,3%).

O perfil sociodemográfico dessa amostra é de baixa renda, abandono escolar, desemprego e dependência financeira e o consumo foi associado a faixa etária menor de 14 anos, histórico de mais de três parceiros sexuais e presença de transtornos mentais.

Diante da interrupção do consumo de *cannabis* antes, durante ou após a gestação, é importante que o profissional prepare a mulher para o possível surgimento de sintomas da síndrome de abstinência: fraqueza, hipersonia, retardo psicomotor, ansiedade, inquietação, depressão, insônia. Em geral, os sintomas aparecem 24 horas após a cessação e atingem maior intensidade entre 2 e 3 dias.

Destaca-se que o uso agudo da *cannabis* durante a gravidez pode levar a descarga simpática, com taquicardia, congestão conjuntiva e ansiedade; além disso, pode potencializar a ação de anestésicos no sistema cardiovascular e agir como depressora do sistema nervoso central.

A restrição do crescimento fetal é considerada a maior complicação nesse cenário. Por ser altamente lipossolúvel, o tetraidrocanabinol atravessa a barreira da placenta e prejudica o crescimento do feto, causando retardo no desenvolvimento do sistema nervoso, distúrbios neurocomportamentais, más-formações congênitas, prejuízos no sistema cardiovascular e no sistema gastrointestinal.

O prejuízo no desenvolvimento neurológico do feto gera alterações comportamentais no recém-nascido, sendo que os seguintes sintomas podem ser observados: maior inquietude, desatenção, estresse, menor sensibilidade a estímulos externos, mais choro, maior dificuldade para ser acalmado em crises de choro, sono conturbado, com dificuldade para acordar, mais tremores e movimentos bruscos.

De forma geral, o tratamento pode ser pensado em duas etapas: a primeira, de suporte para início de tratamento não medicamentoso da síndrome de abstinência de *cannabis*; e a segunda, de prevenção da recaída, com estímulo para tratamento da dependência e formação de rede de apoio.

Intervenções breves devem abordar indicação de aconselhamento motivacional com o objetivo de determinar metas, manejo de gatilhos e psicoeducação dos potenciais riscos do consumo.

É importante ressaltar que ainda não há um tratamento farmacológico estabelecido para dependência de *cannabis*. Durante intoxicações agudas, deve ser oferecida orientação sobre a realidade por amigos, familiares ou profissionais da saúde. Também deve ser avaliada a necessidade de tratamento farmacológico para as comorbidades psiquiátricas associadas.

Quanto ao aleitamento materno, deve-se considerar o custo-benefício em cada caso, pois a *cannabis* pode estar presente no leite materno, e a mãe deve ser informada sobre os potenciais efeitos da substância no bebê e em seu desenvolvimento e ser aconselhada a interromper o consumo ou diminuí-lo.

Idoso: O uso de substâncias ilícitas também deve ser investigado em casos de transtornos psiquiátricos em idosos, assim como é feito na população adulta jovem. A história de uso prévio também pode ser indicativa ou apontar para um diagnóstico psiquiátrico atual, visto que o consumo de substâncias ilícitas parece mais prevalente nos transtornos do humor, de ansiedade e da personalidade, psicose e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, em comparação a amostras saudáveis.

Vale lembrar que o próprio uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas pode mimetizar diversas alterações psiquiátricas, e a abstinência acarreta melhora progressiva do quadro. Além disso, a presença de sintomas de depressão ou ansiedade parece ser um aspecto importante no aumento das taxas de suicídio.

O manejo e a avaliação diagnóstica de idosos incluem alguns cuidados especiais, a saber:

- A história clínica, na maioria das vezes, deve ser realizada com usuário e informante;
- Algumas vezes, uma visita domiciliar pode ser necessária; iii) o uso de substâncias deve ser rastreado mesmo em idosos em instituições de longa permanência;
- Os familiares podem ser complacentes com a dependência química;
- Os usuários podem esconder ou negar o uso de substâncias, principalmente as ilícitas; e
- As comorbidades físicas e o uso de diversos medicamentos devem ser considerados na avaliação do uso de álcool como de risco ou não.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

12.7 Sedativos e Hipnóticos

Os benzodiazepínicos constituem uma classe de substâncias de prescrição médica utilizada como ansiolítica ou indutora do sono. As substâncias dessa classe podem ser divididas pela sua meia-vida em curta, média ou longa.

São chamados de sedativos os fármacos capazes de deprimir a atividade do sistema nervoso central, como os atarácicos (tranquilizantes menores) e outros. São chamados de hipnóticos os sedativos que produzem sonolência e facilitam iniciar o sono. Os fármacos aqui abordados compreendem os benzodiazepínicos, os agonistas do receptor benzodiazepínico, os congêneres da melatonina, os barbitúricos e outros agentes sedativo-hipnóticos ou anestésicos de estrutura química variada.

A prescrição de benzodiazepínicos e dos compostos Z por prazos longos causa inúmeros eventos adversos, como quedas e fraturas, acidentes domésticos e de trânsito, confusão mental transitória, comprometimento cognitivo. Há hipóteses de que possa ser um dos fatores importantes em distúrbios da memória e no desencadeamento da doença de Alzheimer.

O fato é que o uso destas drogas se tornou um problema de saúde pública e vem levando várias nações a realizarem campanhas de redução da prescrição de benzodiazepínicos e drogas assemelhadas, assim como campanhas visando abolir o uso por longos prazos.

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos.

12.7.1 Avaliação e Diagnóstico

F13. – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos.

F13.0 – Intoxicação aguda

F13.1 – Uso nocivo para a saúde

F13.2 – Síndrome de dependência

F13.3 – Síndrome de abstinência

F13.8 – Outros transtornos mentais ou comportamentais

F13.9 – Transtorno mental ou comportamental não especificado

Os critérios diagnósticos para a síndrome de abstinência de sedativos e hipnóticos (F13.3) são:

A. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

B. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvendo-se dentro de algumas horas a alguns dias após o Critério A:

- (1) hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou frequência cardíaca acima de 100 bpm)
- (2) tremor aumentado das mãos
- (3) insônia
- (4) náusea ou vômitos
- (5) alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias
- (6) agitação psicomotora
- (7) ansiedade
- (8) convulsões de tipo grande mal

C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes.

D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Em alguns usuários ocorre a síndrome de abstinência protraída, ou pós-abstinência. Nestes casos, os sintomas são similares aos da retirada dos benzodiazepínicos, porém em menor número e intensidade, e podem se prolongar por alguns meses.

Os sintomas da síndrome de abstinência podem incluir, raramente, convulsões, alucinações e delirium. Mais comumente incluem insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia. Dependendo da dose usada evoluem com tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, prejuízo da memória, despersonalização e desrealização.

Conforme DSM-5: A. Um padrão problemático de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

- Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos;
- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do sedativo, hipnótico ou ansiolítico, na utilização dessas substâncias ou na recuperação de seus efeitos;
- Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico;
- Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., ausências constantes ao trabalho ou baixo rendimento do trabalho relacionado ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos);
- Uso continuado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos dessas substâncias (p. ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas);
- Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos;
- Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., conduzir veículos ou operar máquinas durante comprometimento decorrente do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos);
- O uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente provavelmente causado ou exacerbado por essas substâncias;
- Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores do sedativo, hipnótico ou ansiolítico para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade do sedativo, hipnótico ou ansiolítico.

Nota: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico se dá sob supervisão médica.

- Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - a. Síndrome de abstinência característica de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos).
 - b. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (ou uma substância estreitamente relacionada, como álcool) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Em remissão inicial: Após todos os critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de

sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos foi preenchido durante um período mínimo de três meses, porém inferior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, “Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico”, ainda pode ocorrer).

Em remissão sustentada: Após todos os critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos terem sido preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos foi preenchido em nenhum momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção de que o Critério A4, “Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico”, ainda pode ocorrer).

Especificar se:

Em ambiente protegido: Este especificador adicional é usado se o indivíduo encontra-se em um ambiente no qual o acesso a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é restrito.

12.7.2 Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos mentais ou condições médicas: Indivíduos com transtornos por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem apresentar sintomas (p. ex., ansiedade) que se assemelham a transtornos mentais primários (p. ex., transtorno de ansiedade generalizada *versus* transtorno de ansiedade induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com início durante a abstinência).

A fala arrastada, incoordenação e outras características associadas típicas da intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser o resultado de outra condição médica (p. ex., esclerose múltipla) ou de traumatismo craniano prévio (p. ex., hematoma subdural).

O transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos deve ser diferenciado do transtorno por uso de álcool.

Uso clinicamente adequado de medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos: Indivíduos podem continuar a tomar medicamentos benzodiazepínicos conforme as instruções de um médico para uma indicação médica legítima por períodos prolongados de tempo. Mesmo se os sinais fisiológicos de tolerância ou de abstinência se manifestarem, muitos desses indivíduos não desenvolvem sintomas que satisfazem os critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos porque não estão preocupados em obter a substância, e seu uso não interfere no desempenho de suas funções sociais ou profissionais rotineiras.

Os BZD são classificados, de acordo com sua meia-vida plasmática, como sendo de ação muito curta, curta, intermediária e longa. Apesar dessa divisão, sabe-se hoje que o grau de afinidade da substância pelo receptor benzodiazepínico também interfere na duração da ação.

Quadro 35 – Classificação dos benzodiazepínicos (não disponíveis na REMUME de Joinville e prescritos conforme critério médico; incluídos neste documento para informação educacional).

BZD (MEIA-VIDA)	MEIA-VIDA	LIGAÇÃO PROTEICA (%)	DOSE TERAPÊUTICA (MG)	DOSE EQUIVALÊNCIA (DIAZEPAM 10MG)
MUITO CURTA				
Midazolam	1,5 - 2,5			15mg
CURTA				
Alprazolam	6 – 20		0,75 – 4	1mg
Bromazepam	12	70	1,5 – 18	6mg
Lorazepam	9 – 22	85	2 – 6	2mg
INTERMEDIÁRIA				
Clordiazepóxido	10-29	93	15 – 100	25mg
Clonazepam	19-42		1 – 3	2mg
Diazepam	14-61	98	4 – 40	10mg
Nitrazepam	16-48		5 – 10	10mg

Fonte: Castro, 2013.

12.7.3 Tratamento

12.7.3.1 Estratégias não Medicamentosas

O tratamento da dependência dos benzodiazepínicos envolve uma série de medidas não farmacológicas e de princípios de atendimento que podem aumentar a capacidade de lidar com a SAB e manter-se sem os benzodiazepínicos.

O melhor local para tratamento é o ambulatorial, pois leva à maior engajamento do usuário e possibilita que tanto mudanças farmacológicas, quanto psicológicas possam ocorrer ao mesmo tempo.

Suporte emocional pode ser mantido durante todo processo de retirada das medicações, com informações e reassuramento da capacidade de lidar com o estresse sem os benzodiazepínicos.

É importante auxiliar o usuário a distinguir os sintomas de ansiedade e abstinência. Medidas não farmacológicas e treinamento de habilidades para lidar com a ansiedade podem ser promovidos. Geralmente os usuários que conseguem ficar livres de sedativos por pelo menos cinco semanas apresentam redução nas medidas de ansiedade e têm melhora na qualidade de vida.

Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da

dose, incluindo informações sobre os benzodiazepínicos, reassseguramento, promoção de medidas não farmacológicas para lidar com a ansiedade.

O princípio fundamental subjacente à retirada segura é a redução gradual da dose de benzodiazepínico. A dose é reduzida em aproximadamente 10 a 25%, e o usuário é observado para quaisquer sinais e sintomas de abstinência.

As reduções posteriores dependerão de como o usuário responde às mudanças iniciais e exigem a individualização baseada na observação cuidadosa da condição do usuário após cada mudança de dose.

A seleção cuidadosa dos usuários a serem medicados com sedativos ou hipnóticos é também importante. As prescrições de longo prazo são, ocasionalmente, incontornáveis, para certos usuários refratários ao abandono do remédio.

A lógica é a da redução de danos, na impossibilidade de o usuário parar com a droga. Efeitos indesejados podem ser evitados em grande parte, mantendo as dosagens mínimas e mantendo o período de uso o mais curto possível.

O tratamento da dependência é ambulatorial, com apoio de natureza psicológica, feito por membro da equipe de saúde (muitas vezes pelo próprio médico, quando a equipe é pequena ou faltante). Os estudos alvos de revisão sistemática mostram que a retirada gradual tem preferência à interrupção abrupta.

Nos casos mais leves é possível a suspensão abrupta da medicação, entretanto, a retirada gradual costuma ser mais bem aceita. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e podem ser concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória.

O prazo de retirada da medicação pode ser negociado com o usuário, girando em torno de 4 a 8 semanas, inclusive para hipnóticos, podendo durar até mais de 16 semanas. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subsequentes de redução.

A retirada gradual e um acompanhamento psicológico mais freqüente e prolongado colaboram no alívio destes sintomas. **Usuários que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem se beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como o diazepam, a fim de retirá-lo, gradualmente, depois.**

12.7.3.2 Tratamento Medicamentoso

O diazepam é a droga de escolha para tratar usuários com dependência em outros benzodiazepínicos, como o clonazepam e o lorazepam. Ele é absorvido de forma veloz pelo organismo e seu metabólito, o desmetildiazepam, é de longa duração, permitindo montar um esquema de redução gradual, pois apresenta uma diminuição suave dos níveis sanguíneos.

Estimada a dose de manutenção habitual, deve-se administrar a dose equivalente de diazepam nos dois primeiros dias e então diminuí-la em 10% ao dia, com dosagem fina de 10% diminuída lentamente a zero, durante um período de 3 a 4 dias.

O método clássico de retirada da droga, para algumas pessoas que costumavam usar doses altas e relutam em parar, implica um **programa de 1 a 4 meses, fazendo-se reduções gradativas**.

A redução de um quarto da dose é feita paulatinamente, neste tempo, segundo as reações e a aceitação do usuário.

Há hipóteses, ainda não confirmadas com clareza, de que a **carbamazepina** possa ser uma intervenção eficaz na descontinuação de benzodiazepínico, quando o usuário é muito resistente.

A amitriptilina pode ser usada, como substituto de um sedativo noturno, temporariamente, para insônias produtoras de ansiedade.

O dependente de sedativos e hipnóticos se automedica, aumentando as doses por conta própria. **Em termos preventivos, o combate à automedicação é a atitude fundamental, portanto evitar prescrições para longos períodos e consultas mais próximas.**

Tratamento Medicamentoso na Infância e Adolescência: Os benzodiazepínicos são de uso raro entre os adolescentes, sendo substâncias preferidas por adultos de mais idade (freqüentemente combinados com o álcool). A sintomatologia é muito semelhante à dos hipnóticos, mas sem miose.

O tratamento em caso de abuso segue o mesmo procedimento em outras dependências químicas já descritas anteriormente.

Tratamento Medicamentoso na Gestação e Puerpério: Benzodiazepínicos podem ser prescritos apenas em casos de agitação ou ansiedade intensa e por curtos períodos, pelos riscos de fenda palatina e síndrome do bebê flácido (*floppy infant*). Mulheres que engravidam quando em uso de benzodiazepínicos devem retirá-los gradativamente, substituindo-os por outras estratégias de manejo de ansiedade.

O tratamento em caso de abuso segue o mesmo procedimento em outras dependências químicas já descritas anteriormente.

Tratamento Medicamentoso para Idoso: Atenção especial também deve ser dada no caso de uso de agentes sedativos, como os benzodiazepínicos, uma vez que também aumentam o risco de queda e, conseqüentemente, morbidade e mortalidade em idosos

Os usuários mais velhos que tomam benzodiazepínicos também são mais propensos a desenvolver deficiência na mobilidade e nas atividades de vida diária (AVDs).

Os medicamentos mais implicados na causa de *delirium* em demência foram os benzodiazepínicos. Esses fármacos podem prejudicar a memória e outras funções cognitivas, bem como causar tolerância e interações com outros medicamentos, além de síndrome de abstinência e toxicidade. Causam alterações cognitivas que estão relacionados à atrofia cortical hipocampal.

Tanto na demência induzida por substâncias quanto na intoxicação medicamentosa, a conduta é a descontinuidade do fármaco, com grandes chances de reversibilidade do quadro.

Ao utilizar benzodiazepínicos ao utilizá-los, deve-se dar preferência àqueles com menor meia-vida e sem metabólitos ativos.

Cuidado especial deve-se ter ao prescrever diazepam, que se acumula nos tecidos lipofílicos e pode ter uma meia vida de 4 a 5 dias em idosos, gerando aumento progressivo de efeito e **risco de ataxia, sonolência, confusão, quedas e déficit cognitivo.**

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

13 SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS

13.1 Transtorno de Humor Bipolar

O transtorno de humor bipolar (TB) é uma doença crônica e grave caracterizada por alternância de episódios depressivos, com ou sem sintomas psicóticos, e episódios de hipomania ou mania, com ou sem sintomas psicóticos, sendo classificado em dois subtipos.

O TB tipo I apresenta prevalência ao longo da vida de cerca de 1 % e o TB tipo II de, aproximadamente, 1,1 % em amostras populacionais norte-americana e brasileira.

O TB inicia-se, em geral, no final da adolescência e início da vida adulta, e é um transtorno recorrente, que cursa com elevadas taxas de morbidade e mortalidade e traz prejuízos e custos significativos para seu portador e para a sociedade.

Caracterizam-se por episódios maníacos, episódios depressivos, ou episódios mistos (maníacos e depressivos) que podem durar várias semanas, entremeados por intervalos assintomáticos (fases de remissão).

Denomina-se tipo I a forma clássica do transtorno afetivo bipolar, em que o usuário apresenta os episódios maníacos alternados com os depressivos.

Neste tipo, fases maníacas não precisam necessariamente ser seguidas por fases depressivas, nem as depressivas por maníacas. Na prática há uma tendência de ocorrerem várias crises de um tipo e poucas do outro.

Muitos deprimidos só tiveram uma fase maníaca enquanto as depressivas foram numerosas.

O tipo II caracteriza-se por não apresentar episódios de mania, e sim de hipomania seguida de depressão.

Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) mencionam que em países desenvolvidos, apenas 35% dos casos de TAB são tratados, diminuindo para 15% na América Latina e Caribe e 5% na África.

A taxa de suicídio em usuários com transtorno bipolar é de 10 a 15% (APA, 1995).

Apesar de se tratar de um transtorno grave e recorrente, sua causa ainda é desconhecida. Supõe-se que a etiologia do TB seja complexa, envolvendo influências genéticas e ambientais múltiplas, que podem variar amplamente entre os indivíduos afetados.

13.1.1 Avaliação e Diagnóstico

Classificação na CID 10:

F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco: Episódio atual correspondente à descrição de uma hipomania tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos: Episódio atual maníaco correspondente à descrição de um episódio maníaco sem sintomas psicóticos (F30.1), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos: Episódio atual correspondente à descrição de um episódio maníaco com sintomas psicóticos (F30.2), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado: Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo leve ou moderado (F32.0 ou F32.1), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos: Episódio atual correspondentes à descrição de um episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem documentado.

F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos: Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto: Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto bem documentado, e episódio atual caracterizado pela presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos ou por uma alternância rápida de sintomas maníacos e depressivos.

Exclui: episódio afetivo misto isolado (F38.0)

F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão: Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto muito bem comprovado, e de ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto) mas sem nenhuma perturbação significativa do humor, nem atualmente nem no curso dos últimos meses. As remissões sob tratamento profilático devem ser classificadas aqui.

F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares: Episódios maníacos recidivantes SOE

Transtorno bipolar II (marcado pela alternância de episódios depressivos com pelo menos um episódio hipomaníaco, sem ter tido crise maníacas clássicas).

F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado:

Critérios diagnósticos do DSM-5 para transtorno bipolar I

Para diagnosticar transtorno bipolar tipo I, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir para um episódio maníaco. O episódio maníaco pode ter sido antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores.

Episódio Maníaco:

- A.** Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com **duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias** (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).
- B.** Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:
- **Autoestima inflada ou grandiosidade.**
 - **Redução da necessidade de sono** (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
 - **Mais loquaz que o habitual** ou pressão para continuar falando.
 - **Fuga de idéias** ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
 - **Distratibilidade** (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
 - **Aumento da atividade dirigida a objetivos** (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
 - **Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas** (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
- C.** A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar **prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional** ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.
- D.** **O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.**

Nota: 1 Um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

2 Os Critérios A-D representam um episódio maníaco. **Pelo menos um episódio maníaco na vida** é necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

Episódio Hipomaníaco:

- A.** Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com **duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias** (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária);
- B.** Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:

- **Autoestima inflada ou grandiosidade;**
 - **Redução da necessidade de sono** (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono);
 - **Mais loquaz que o habitual** ou pressão para continuar falando;
 - **Fuga de idéias** ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados;
 - **Distratibilidade** (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado;
 - **Aumento da atividade dirigida a objetivos** (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos);
 - **Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas** (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos);
- C.** O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático;
- D.** A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas;
- E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização;**
- Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.
- F.** O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento).

Nota: Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco.

Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de episódio hipomaníaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Nota: Os Critérios A-F representam um episódio hipomaníaco. Esses episódios são comuns no transtorno bipolar tipo I, embora não necessários para o diagnóstico desse transtorno.

Episódio Depressivo Maior:

- A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas** e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável);
 2. **Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa);**
 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado);
 4. Insônia ou hipersonia quase diária;
 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
 7. **Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente);**
 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa);
 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio;
- B.** Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;
- C.** O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior. Esse tipo de episódio é comum no transtorno bipolar tipo I, embora não seja necessário para o diagnóstico desse transtorno.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser também cuidadosamente considerada.

Essa decisão exige inevitavelmente exercício do juízo clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

Ao diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer.

A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como “dores do luto”. Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM.

O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das ruminções autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM.

No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideação autodepreciativa tipicamente envolve a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava).

Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em “se unir” a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida em razão dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão.

Transtorno Bipolar Tipo I:

- A.** Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio maníaco (Critérios A-D em “Episódio Maníaco” descritos anteriormente);
- B.** A ocorrência do(s) episódio(s) maníaco(s) e depressivo(s) maior(es) não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivos, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico com outras especificações ou não especificado.

13.1.2 Infância e Adolescência

O TB na infância e na adolescência é uma doença de difícil diagnóstico, principalmente por causa da diversidade das apresentações clínicas. O usuário pode apresentar desde um exuberante quadro psicótico até, quando estável, um comportamento totalmente adequado.

A maioria das crianças com TB apresenta oscilações rápidas do humor e uma frequência maior de estados *mistos*, dificultando a identificação de episódios distintos de depressão e mania, como é mais característico em adultos. É necessário ponderar o sintoma apresentado em relação à idade e ao desenvolvimento cognitivo, emocional e social daquela criança.

De fato, os sintomas são uma função direta do estágio de desenvolvimento daquela criança e devem ser avaliados dentro do contexto no qual os sintomas acontecem.

O risco de suicídio no TB é um dos mais altos entre os transtornos psiquiátricos. Entre jovens com TB, as taxas de ideação e tentativa de suicídio ao longo da vida são alarmantes, foram relatadas as taxas que chegam a 44 e 72%, respectivamente.

Essas crianças também apresentam alterações cognitivas que independem do episódio da doença ou da medicação. Problemas de atenção, nas funções executivas, na memória de trabalho e na aprendizagem verbal são algumas das alterações encontradas mesmo na eutímia.

Crianças com TB e comorbidades como TDAH apresentam um desempenho ainda pior nas tarefas que avaliam atenção e função executiva.

Há ainda bastante controvérsia a respeito de se usar os mesmos critérios diagnósticos de adultos em crianças e adolescentes para o diagnóstico de TB.

A presença de episódios claros de elevação de humor, grandiosidade inapropriada e disfuncional e ciclos de humor devem ser usados para diferenciar TAB de TDAH e Transtorno de Conduta. A presença de ciclos de humor deve distinguir TAB de Esquizofrenia.

Antes de fechar um diagnóstico de TAB em uma criança ou adolescente, considerar outras explicações para o comportamento e sintomas, incluindo:

- Abuso físico, emocional ou sexual, se o usuário mostra desinibição, hipervigilância ou hipersexualidade;
- Possibilidade de abuso de álcool e/ou drogas, como uma causa de sintomas tipo maníacos, **considerar TAB somente após sete dias de abstinência;**
- Dificuldades de aprendizagem prévias, não diagnosticadas;
- **Causas orgânicas em crianças com epilepsia, e acatisia derivada de medicação neuroléptica.**

13.1.3 Gestação e Puerpério

A gestação é um período de maior vulnerabilidade para recorrência de episódios do transtorno afetivo bipolar (TAB), particularmente em mulheres que apresentam história de tratamento psiquiátrico hospitalar, comorbidades psiquiátricas em curso ou suspensão da medicação pertinente durante a gravidez. **Aquelas gestantes que realizam suspensão abrupta dos medicamentos demonstram uma maior morbidade do transtorno.**

Deve-se considerar que episódios psiquiátricos não tratados estão associados a **uma maior probabilidade de importantes intercorrências obstétricas, maternas, neonatais e puerperais, com implicações negativas no desenvolvimento da criança e nas relações familiares.** Portanto, na ausência de uma alternativa terapêutica apropriada, evitar o uso pertinente de medicamento psiquiátrico como meio de garantir gravidez ou amamentação livre de riscos é uma estratégia contestável

A ausência ou a inadequação de tratamento medicamentoso estão associadas à maior chance de complicações obstétricas e neonatais, bem como são seguidas por um incremento da recorrência de TAB no puerpério.

Primiparidade e presença de episódio depressivo nas primeiras quatro semanas após o nascimento também indicam maior risco de **episódio de TAB pós-parto, durante o qual há maior risco de suicídio e infanticídio.**

Portanto, a manutenção ou mesmo o início de tratamento farmacológico de prevenção à recorrência de TAB durante o período perinatal é uma conduta pertinente a ser considerada.

Independentemente da terapia medicamentosa, o TAB na gestação está associado a maiores riscos de:

- Uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- Malformações congênitas (p.ex.: microcefalia);
- Prematuridade;
- Placenta prévia;
- Hemorragias;
- Prejuízos no desenvolvimento infantil (cognitivos, sociais, afetivos).

13.1.4 Idoso

Os idosos com TB são classificados em duas categorias. A primeira, denominada de TB de início tardio (TBI tardio), é caracterizada pela presença do primeiro episódio **somente após os 50 anos.**

Já a outra categoria, TB de início precoce (TBI precoce), é definida pela presença do primeiro **episódio antes dos 50 anos.**

Essa distinção tem importância clínica, pois os dois quadros apresentam várias diferenças. **Enquanto o TBI precoce apresenta uma alta taxa de prevalência entre os membros de uma família, o TBI tardio não demonstra essa característica. Todavia, este mostra uma alta taxa de comorbidade com quadros clínicos e neurológicos, principalmente com demências e doenças cardiovasculares, o que não ocorre com o TBI precoce.**

Com relação à sintomatologia, as manifestações maníacas são menos frequentes e de menor intensidade naqueles com TBI tardio do que nos usuários com TBI precoce, e com predomínio da irritabilidade à euforia. Além disso, aqueles com TB tardio apresentaram uma remissão mais rápida e em maior número do que indivíduos com TBI precoce.

Um primeiro episódio tardio de mania pode ser decorrente de um TB idiopático ou de uma **"mania secundária", resultante de alguma condição médica.** A mania secundária pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum em idosos.

Portanto, a possibilidade de mania secundária deve ser considerada em todos os usuários que apresentam sintomas maníacos, especialmente se associados com alguma condição farmacológica ou médica que possa estar relacionada.

A mania secundária está associada com uma ampla variedade de condições:

- **Neurológicas** (p. ex., acidente vascular encefálico, trauma, epilepsia e demências);
- **Sistêmicas** (p. ex., alterações do cortisol, hipertireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico, infecções sistêmicas e uremia);
- **Medicamentosas** (p. ex., corticosteroides, levotiroxina, agonistas dopaminérgicos);

- **Além de abuso e abstinência de substâncias psicoativas** (p. ex., álcool, cocaína, metanfetamina e opioides).

Assim, os usuários com episódio de mania de início tardio devem ser submetidos a uma avaliação física cuidadosa, bem como a exames laboratoriais apropriados e de neuroimagem (quando indicados).

Entre as comorbidades clínicas, vários estudos apontam para prevalência aumentada de quadros cerebrovasculares e demências nos idosos com TB.

13.1.5 Diagnóstico Diferencial

Os transtornos afetivos bipolares são transtornos mentais e não se deve confundir com:

- Reações e estados transitórios desagradáveis normais;
- Variações neuróticas das emoções e dos sentimentos;
- Reações explicáveis por ajustamentos ou desajustes diante de fatos da vida social e afetiva;
- Reações próprias das características da personalidade da pessoa.

Por isso uma anamnese e avaliação clínica completa deve de ser feita para descartar outras causas:

Quadro 36 – Diagnóstico diferencial do transtorno afetivo bipolar

MANIA SECUNDÁRIA	Induzida por drogas	Por intoxicação ou abuso de: álcool, LSD, anfetaminas, simpaticomiméticos, benzodiazepínicos, corticosteroides, isoniazida, levodopa, tiroxina, didovudina. Por abstinência de álcool, benzodiazepínicos, β-bloqueadores
	Metabólica	Hemodiálise, reações idiossincrásicas pós-operatórias, tireotoxicose, deficiência de vitamina B12, síndrome de Cushing
	Infecciosa	Influenza, encefalite, HIV, neurosífilis
	Neurológica	Neoplasia, convulsão parcial complexa, doença de Wilson, doença de Huntington, esclerose múltipla, AVC
DEPRESSÃO SECUNDÁRIA	Induzida por drogas	Intoxicação ou abuso de: opioides, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, álcool, reserpina. Por abstinência de: cocaína, anfetaminas, simpaticomiméticos
	Metabólica	Uremia, deficiência de niacina (pelagra), de Vitamina B12, anemia, hipotireoidismo, síndrome de Cushing, doença de Addison, apnéia do sono, intoxicação por metal pesado, síndrome paraneoplásica
	Infecciosa	Doença de Lyme, neurosífilis, HIV, síndrome de Behçet, meningite
	Neurológica Cérebro-vascular	Isquemia, AVC, neoplasia, convulsões parciais complexas, estado pós ictal, hidrocefalia de pressão normal, doença de Parkinson

Fonte: Baseado em Stern *et al.*, 2004.

Em caso de indícios de transtorno bipolar ainda sem comprovação clínica, o profissional deverá deixar claro que apenas suspeita, sem atribuir o rótulo ao caso. Poderá colocar no documento de encaminhamento somente o código F3 ou usar o código F31.9.

Usuários bipolares possuem uma morbidade e mortalidade clínicas maiores que a população geral, mas geralmente recebem um cuidado clínico inadequado.

Algumas condutas são recomendadas para todos como avaliação clínica inicial:

- Avaliar tabagismo e padrão de uso de álcool;
- Avaliar função tireoidiana, hepática e renal, pressão arterial (PA), hemograma, Glicemia e colesterol;
- Medir peso e altura (IMC);
- Considerar eletroencefalograma (EEG), tomografia computadorizada de Crânio (TCC) ou ressonância magnética (RM) se há suspeita de etiologia orgânica ou comorbidade;
- Considerar Raio-X e eletrocardiograma (ECG) se indicado pela história ou quadro clínico.

13.1.6 Tratamento

13.1.6.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

Combinar mais de um componente na intervenção:

- Orientação e autoajuda;
- Monitoramento sistemático dos sintomas e aderência;
- Apoio nas tomadas de decisão relativas à medicação e supervisão de especialistas.

Oferecer cuidados de intensidade progressiva: Os tratamentos se iniciam com cuidados de baixa intensidade (atividade física em grupo, panfletos de autoajuda, grupos de apoio), passando por psicoterapia em grupo ou individual (cognitivo-comportamental, interpessoal) e evoluindo para o uso de antidepressivos, com supervisão especializada, caso necessária.

Oferecer alternativas para os usuários que rejeitam tratamentos usuais, por exemplo:

- Grupos psicoeducacionais ou grupos de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência;
- É importante que esses grupos não sejam direcionados nem divulgados apenas para portadores de um diagnóstico.

Trabalhar em equipe: Todos os integrantes das equipes de saúde da família podem assumir papéis no monitoramento de sintomas e da aderência, além de oferecer e facilitar intervenções psicoterápicas de baixa complexidade.

Adequar a intervenção ao contexto do território: Diferenças culturais influenciam a apresentação psicopatológica dos sintomas e a aceitação e resposta aos tratamentos propostos. As intervenções propostas também precisam ser aceitáveis para os profissionais da atenção primária que irão implantá-las.

Manejo Psicossocial:

Informações essenciais para usuários e familiares

- Existem tratamentos efetivos;
- O tratamento em longo prazo pode prevenir futuros episódios;
- Se não tratados, os episódios maníacos podem tornar-se disruptivos e perigosos;
- Os episódios maníacos, freqüentemente levam a perda de emprego, problemas legais, problemas financeiros ou comportamento sexual de alto risco.

Recomendações aos usuários e familiares

Durante um episódio depressivo, indagar sobre o risco de suicídio;

Durante episódios maníacos:

- Evitar confrontação, a menos que necessário para prevenir atos prejudiciais ou perigosos;
- Aconselhar cautela sobre comportamento impulsivo ou perigoso;
- Observação rigorosa por membros de família é, freqüentemente, necessária;

Na promoção de um estilo de vida mais saudável para prevenção de recaída, os usuários devem ser aconselhados (incluindo informação escrita) sobre:

- A importância da higiene do sono e estilo de vida regular;
- Os riscos de trabalho em turnos alternados (noturno) e trabalho excessivo (rotina de horas extras);
- Maneiras de monitorar sua saúde física e mental;
- Aconselhamento adicional deve ser fornecido em caso de eventos negativos, como perda de emprego, além de maior monitoramento do humor e bem-estar geral;
- Deve-se encorajar o usuário a discutir suas dificuldades com a família e amigos.

Em caso de dúvida pode-se solicitar segunda opinião formativa via **Teleconsultoria** ou

Matriciamento.

13.1.6.2 Tratamento Medicamentoso

O tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar é baseado, em primeiro lugar, no uso de medicação psicotrópica para reduzir a severidade dos sintomas, estabilizar o humor e prevenir a recaída.

A variação individual na resposta à medicação irá determinar a escolha da droga, assim como os efeitos colaterais, potenciais danos associados a cada droga e uso prévio de medicação.

Os clínicos devem ser guiados pela resposta do usuário em episódios anteriores. Uma variedade de intervenções psicológicas e psicossociais também podem ter grande impacto, mas não substituem a necessidade de uso de medicação.

Manejo de episódios maníacos

- O lítio e o ácido valpróico são considerados tratamentos de primeira linha na mania aguda;

- O tratamento de primeira linha para um episódio maníaco severo ou episódio misto é iniciar lítio mais um antipsicótico ou ácido valpróico mais um antipsicótico;
- Tratamento adjunto de curto prazo com benzodiazepínico também pode ser benéfico;
- Para episódios mistos é preferível a utilização de ácido valpróico;
- Antidepressivos devem ser retirados gradualmente, se possível;
- Estratégias psicossociais devem ser combinadas à farmacoterapia;
- Episódios maníacos ou mistos com sintomas psicóticos usualmente requerem uma medicação antipsicótica, além do agente antimaníaco.

Carbonato de lítio é o padrão ouro para o tratamento e a profilaxia do transtorno afetivo bipolar. Sua dose usual é de 900 a 1.800 mg / dia, sob monitoramento da **litemia** (02.02.07.025-5 - DOSAGEM DE LITIO) **que deve ficar entre 0,6 e 1,2 mEq/l, há níveis tóxicos a partir de 1,5 mEq/l.** O tempo para que o lítio alcance níveis estáveis é de 5 a 7 dias. Logo, na segunda semana de tratamento se pode solicitar a dosagem de lítio no sangue.

O lítio deve ser administrado com alimentos para diminuir os efeitos gastrointestinais. Não partir ou quebrar os comprimidos porque são de liberação prolongada.

Antes de iniciar o tratamento com lítio é indicado realizar os seguintes exames:

Quadro 37 - Lista de Exames

CÓDGO	EXAME
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA

Durante o tratamento com lítio é importante recomendar a ingestão de 2 a 3 litros de líquidos por dia.

Quadro 38 – Psicofármacos no tratamento de transtorno afetivo com episódios de mania

LINHA	FÁRMACO
Primeira	<p>Casos novos e menos severos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carbonato de lítio \cong 900 mg/dia <p>Casos já em uso de lítio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adicionar neuroléptico VO, temporariamente (risperidona, haloperidol ou clorpromazina). Nos casos de rejeição a comprimidos, pode-se usar, provisoriamente, decanoato de haloperidol IM. • Usando risperidona ou haloperidol, só adicionar biperideno se ocorrer efeitos colaterais, e não de forma preventiva.

Segunda	Valproato de sódio (ácido valpróico) (Se necessário: adicionar neuroléptico: risperidona, haloperidol ou clorpromazina)
Terceira	Carbamazepina, em doses de 200 mg 2x/dia, até o limite de 600 a 1.000 mg/dia. (Se necessário: adicionar risperidona, haloperidol ou clorpromazina)
Quarta	Em casos mais severos, na repetição de manifestações maníacas refratárias frequentes, pode-se associar lítio com carbamazepina ou com valproato. (Se necessário: adicionar neuroléptico: risperidona, haloperidol ou clorpromazina)

Fonte: SES/SC, 2015.

Apesar de haver diversidade de efeitos colaterais, não há diferenças clínicas importantes quanto à eficácia do haloperidol, se comparado ao aripiprazol e à quetiapina. Por outro lado, **a ação do haloperidol é mais rápida** do que a de outros fármacos semelhantes (quetiapina, olanzapina, ziprazidona e risperidona), **o que lhe dá vantagens nas crises e urgências.**

O biperideno, na dose de 2 a 4 mg/dia é utilizado para aliviar os efeitos extrapiramidais do haloperidol.

O uso de benzodiazepínicos no tratamento de qualquer fase do transtorno bipolar não se justifica e pode aumentar os riscos de recorrência, além de causar dependência química.

A clozapina somente tem aplicação em casos excepcionais, em que todos os outros esquemas de tratamento falham.

Assim, a medicação ao longo de um episódio maníaco, pode ser prescrita segundo o quadro abaixo, onde constam sugestões associativas de um estabilizador de humor com um neuroléptico (antipsicótico), aprovada pelo Ministério da Saúde.

No caso de refratariedade, avalia-se qual fármaco pode ser trocado. Por exemplo, em caso de ausência de resposta com a combinação lítio e risperidona, é possível trocar a risperidona pela olanzapina, mantendo o lítio, ou trocar o lítio pelo ácido valproico, mantendo a risperidona, segundo o julgamento clínico.

Quadro 39 – Medicamentos indicados para o acompanhamento de episódios maníacos

NÍVEL	ESTABILIZADOR	NEUROLÉPTICO
1ª Linha	Carbonato de lítio	Risperidona
2ª Linha	Ácido valpróico	Olanzapina
3ª Linha	Carbamazepina	Haloperidol ou Quetiapina
4ª Linha (excepcional)	-----	Clozapina

Fonte: SES/SC, 2015.

Manejo de episódios depressivos:

O tratamento de primeira linha para depressão bipolar ainda é iniciar lítio. O uso de um antidepressivo (ISRS) em combinação com uma droga antimaníaca (lítio, ácido valpróico ou um

antipsicótico) também pode ser eficaz, desde que o estabilizador de humor esteja em dose e nível sérico adequado e na ausência de sintomas mistos.

Monoterapia com antidepressivo não é recomendada pelo risco de “virada” para um episódio maníaco. Recomenda-se ainda rever e otimizar a dose do estabilizador de humor em uso e **reavaliar função tireoidiana.**

A medicação antidepressiva se inicia em dose baixa, com aumento gradual. Se um usuário tem um episódio depressivo quando em uso de medicação antimaníaca, avaliar o uso correto da medicação e ajustar a dose.

Episódios depressivos com sintomas psicóticos usualmente requerem tratamento combinado com antipsicótico.

Para usuários com sintomas depressivos leves, considerar uma conduta de observação (*watchful waiting*): fornecer orientações para manejo imediato dos sintomas e agendar retorno em duas semanas.

Se o usuário já teve episódios depressivos severos anteriormente ou apresenta risco significativo de ter um episódio depressivo severo, deve ser manejado como episódio depressivo moderado ou grave.

Para usuários com sintomas depressivos moderados ou graves que necessitem de um antidepressivo, prescrever fluoxetina, **porque os ISRS são menos associados com virada maníaca do que os tricíclicos.**

Um tratamento psicológico estruturado focado nos sintomas depressivos ou técnicas de resolução de problemas podem ser considerados como alternativa ou tratamento adjuvante.

Antidepressivos devem ser evitados nas seguintes situações:

- Transtorno bipolar de ciclagem rápida;
- Episódio hipomaníaco recente;
- Flutuações de humor com prejuízo funcional.

Nestes casos, aumentar a dose do agente antimaníaco ou acrescentar um segundo agente antimaníaco: Ao iniciar um antidepressivo, orientar o usuário sobre:

- A possibilidade da virada maníaca ou hipomaníaca;
- O início de ação lento e a natureza gradual e flutuante da resposta;
- A necessidade de tomar a medicação como prescrita e o risco dos sintomas de descontinuação e de abstinência;
- A necessidade de monitorar sinais de acatisia, ideação suicida e aumento da ansiedade e agitação (especialmente nos estágios iniciais);
- Como procurar ajuda ao aparecerem os sintomas acima.

Se um usuário não responde ao uso de antidepressivo avaliar:

- Uso de SPA, fatores estressores psicossociais, doenças físicas, comorbidade com ansiedade e má aderência terapêutica;
- Aumentar a dose do antidepressivo;
- Trocar o antidepressivo;

- Adicionar lítio, se não estiver sendo usado.

Usuários com sintomas depressivos devem ser aconselhados sobre programas de exercícios estruturados, programação de atividades diárias, engajamento em atividades prazerosas com objetivos pré-definidos, dieta e sono adequado, rede social de suporte apropriada.

Depois do tratamento bem sucedido de um episódio depressivo, não considerar rotineiramente tratamento com antidepressivo em longo prazo, porque não há evidência de que isso reduz as recaídas e pode estar associado a um aumento do risco de virada maníaca.

Quadro 40 – Utilização de psicofármacos no tratamento da depressão bipolar

LINHA	FÁRMACO
Primeira	Carbonato de lítio (\cong 900 mg/dia) + ISRS (fluoxetina, 20 mg/dia) ou tricíclico (imipramina ou amitriptilina, 75 a 100 mg/dia) enquanto persistir a fase depressiva. Nos casos de sintomas psicóticos: Carbonato de lítio (\cong 900 mg/dia) + Quetiapina 300 a 600 mg/dia (iniciar com 25 mg/dia e aumentar).
Segunda	Valproato de sódio (ácido valpróico) (250 mg no 1º. dia, incremento de 250 mg a cada 2 dias até chegar a 750 mg) + fluoxetina (20 mg/dia) ou Valproato de sódio (ácido valpróico) + tricíclico (amitriptilina ou imipramina 75 mg/dia). Nos casos de sintomas psicóticos: Valproato de sódio (ácido valpróico) + Quetiapina 300 a 600 mg/dia (iniciar com 25 mg/dia e aumentar).
Terceira	Carbamazepina (400 mg/dia) + fluoxetina (20 mg/dia) ou Carbamazepina (400 mg/dia) + tricíclico (amitriptilina, imipramina)

Fonte: SES/SC, 2015.

Ao se optar pela carbamazepina deve-se levar em conta que ela pode interagir com vários outros fármacos, inclusive com anticoncepcionais, diminuindo-lhes discretamente o efeito. Deve-se atentar para as tabelas de interações medicamentosas.

A diretriz do Ministério da Saúde propõe um quadro, em que os níveis de recomendação não devem ser interpretados como determinação estanque de sequências e combinações de fármacos, mas sim como orientação na preferência de escolha, **sempre considerando as características clínicas e pessoais de cada usuário.**

Quadro 41 – Medicamentos indicados no tratamento do episódio depressivo

NÍVEL	FÁRMACO
1	Carbonato de lítio
2	Quetiapina
3	Lamotrigina
4	Olanzapina associada a fluoxetina; ou carbonato de lítio associado a fluoxetina; ou ácido valproico associado a fluoxetina

Fonte: SES/SC, 2015.

Ao longo dos anos tem se observado que a adesão ao tratamento é baixa e somente cerca de 33% dos usuários, usando lítio, permanecem livres de sintomas por mais de 5 anos.

É comum que o usuário, após não ter mais sintomas, creia não haver motivos para continuar usando a medicação. **A adesão pode ser melhorada por intervenções da enfermagem, dos agentes de saúde, do envolvimento de familiares, da psicoeducação, das psicoterapias, dos grupos de usuários de lítio, e outras estratégias psicossociais.**

Tratamento Medicamentoso na Infância e Adolescência

Ao planejar o tratamento em crianças e adolescentes com transtorno afetivo bipolar, considerar:

- Fatores estressores e vulnerabilidade no ambiente social, educacional e familiar, incluindo a qualidade das relações interpessoais;
- O impacto de qualquer comorbidade, como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos ansiosos;
- O impacto do transtorno em sua inclusão social e educacional.

O tratamento farmacológico segue as mesmas recomendações dos adultos, exceto que deve ser iniciado em doses mais baixas.

As únicas medicações aprovadas pelo FDA dos Estados Unidos (*United States Food and Drug Administration*) para TB na infância e adolescência são para mania aguda: risperidona para crianças a partir de 10 anos; e lítio para crianças a partir de 12 anos.

No episódio depressivo, se não há resposta à psicoterapia combinada com medicação profilática após quatro semanas, considerar o acréscimo de fluoxetina, iniciando com 10mg/dia e aumentando para 20mg/dia se necessário.

Os estabilizadores do humor, como o lítio são geralmente a primeira escolha para o tratamento de transtorno bipolar. Lítio é aprovado para o tratamento e prevenção de sintomas maníacos em crianças maiores de 12 anos.

O lítio é a única substância que comprovadamente tem ajudado a prevenir o suicídio.

Os medicamentos anticonvulsivantes, originalmente desenvolvidos para o tratamento de convulsões, também usados, às vezes, como estabilizadores de humor, não são aprovados pelo *Food and Drug Administration* (FDA) nos Estados Unidos – assim como no Brasil – para o tratamento de transtorno bipolar em crianças, estando ainda em uma base experimental e "off label". Exemplos deles são o ácido valpróico, o divalproato de sódio e a lamotrigina.

A olanzapina não deve ser prescrita a crianças com menos de 13 anos. Quetiapina não deve ser prescritos a menores de 10 anos.

Tratamento Medicamentoso na Gestação e Puerpério: O acolhimento de mulheres bipolares em idade fértil requer, portanto, um planejamento familiar especial, levando em conta o tratamento psiquiátrico em curso. Não há provas de que a gravidez, como muitos sustentam, exerça proteção contra episódios bipolares.

Prescrever ácido fólico 5mg/dia da pré-concepção até o final do primeiro trimestre de gravidez para todas as mulheres usando anticonvulsivantes como estabilizadores do humor:

A literatura, até o momento, não associa o haloperidol a formas de teratogenia.

O lítio é bastante teratogênico. Neurolépticos atípicos ainda são pouco conhecidos, mas sabidamente associam-se a diabetes gestacional. A clorpromazina pode provocar síndrome respiratória infantil.

Há bom número de estudos sobre os riscos no **uso de valproato, (o valproato e o divalproato de sódio podem causar defeitos nos tubos neurais como síndrome valproática fetal)** carbamazepina, lamotrigina e lítio.

Ácido valpróico e carbamazepina são considerados substâncias teratógenas: Ambos estão associados a importante risco de anomalias congênitas, notadamente os defeitos do tubo neural. O uso do ácido valpróico na gravidez somente deve ser considerado em mulheres com TAB francamente grave cuja única resposta terapêutica satisfatória ocorreu apenas com esse fármaco.

A carbamazepina deve ser evitada no primeiro trimestre, sempre que possível: Os riscos associados ao uso de drogas psicotrópicas precisam ser entendidos no contexto de taxas significativas de recaída e morbidade associada à interrupção do tratamento bipolar durante a gravidez.

Devem ser realizadas discussões cuidadosas com a usuário e seus familiares a respeito dos potenciais riscos e benefícios do uso do medicamento no contexto médico singular da gestante.

A manutenção do lítio no primeiro trimestre é particularmente indicada em gestante que apresenta TAB com manifestações atuais ou passadas graves e com impactos funcionais intensos.

Mulheres com Transtorno Afetivo Bipolar grave em tratamento de manutenção com lítio podem continuar usando lítio na gestação se clinicamente indicado.

São condutas pertinentes à utilização de lítio na gravidez:

- Prescrever ácido fólico 5mg/dia via oral (VO) para reduzir risco de anomalia de Ebstein;
- Fracionamento da dosagem diária em três doses, com a intenção de evitar picos séricos;
- **Monitorar a litemia quinzenalmente ou mensalmente até a trigésima sexta semana de gestação e posteriormente a cada sete ou menos dias;**
- Solicitar e avaliar ultrassonografia e ecocardiografia fetais em torno da décima oitava semana de gestação para detecção precoce de possíveis malformações;
- **Considerar o aumento da dosagem durante o segundo e o terceiro trimestres para a manutenção de litemia terapêutica;**
- Reduzir gradualmente a dose diária para a metade ou um terço alguns dias antes do parto;
- **Após o parto, reavaliar sistematicamente as manifestações clínicas da usuária, sua litemia e sinais sugestivos de intoxicação no neonato.**

Durante a lactação, a utilização do lítio é desestimulada, devido à possibilidade de intoxicação e outros eventos adversos.

Se houver imperiosa necessidade médica e desejo esclarecido da usuária, realiza-se seguimento clínico e laboratorial do lactente de modo minucioso e intenso, incluindo-se monitoramento de litemia, sinais vitais e alterações comportamentais.

Para a lactação, ácido valpróico e carbamazepina apresentam recomendações de segurança favoráveis em razão de seus baixos níveis lácteos e poucos eventos adversos. São considerados fármacos compatíveis com a amamentação.

Durante a gravidez, antipsicóticos podem ser considerados opções estratégicas para o TAB em função de suas propriedades estabilizadoras do humor e de risco teratogênico aparentemente inferior aos do lítio, do ácido valpróico e da carbamazepina.

Em comparação com os atípicos, antipsicóticos típicos, como haloperidol, são considerados mais seguros, porém, menos eficazes no TAB.

Estudos sobre a segurança reprodutiva da olanzapina e da quetiapina não têm identificado associação significativa com malformações congênitas maiores.

Na lactação, antipsicóticos típicos, como o haloperidol, não foram vinculados a efeitos adversos frequentes ou graves nos lactentes. Dentre os atípicos, destaca-se a olanzapina, em função de recentes estudos que demonstram efeitos adversos geralmente ausentes ou discretos, bem como pequena quantidade no leite materno.

Benzodiazepínicos devem ser evitados no primeiro trimestre de gravidez, assim como seu uso em longo prazo.

Em mulheres grávidas com sintomas depressivos leves, considerar:

- Abordagens de auto-ajuda;
- Intervenções psicoterapêuticas;
- Grupos de convivência;
- Uso de antidepressivo.

Em mulheres grávidas com sintomas depressivos moderados e graves, considerar:

- Tratamentos psicológicos estruturados para depressão moderada;
- Tratamento combinado com medicação e intervenção psicológica estruturada para depressão grave;
- Pode ser usado ISRS em combinação com a medicação profilática, já que são menos associados à virada maníaca que os tricíclicos e não aumentam o risco de malformações fetais;
- Monitorar cuidadosamente os sinais de virada e interromper o uso de se surgirem sintomas de mania ou hipomania.

Mulheres grávidas utilizando antidepressivos devem ser informadas sobre a possibilidade de efeitos colaterais transitórios no bebê durante o período neonatal.

Amamentação: Mulheres em uso de medicação psicotrópica que desejam amamentar devem:

- Ser aconselhadas quanto aos riscos e benefícios da amamentação;
- Não amamentar se estiver usando lítio ou benzodiazepínico, e ser oferecido outro agente profilático como um antipsicótico;

- Se necessário prescrever um antidepressivo, utilizar um ISRS.

Sempre avaliar com a Equipe de Saúde Mental na Atenção primária a melhor estratégia.

Psicose Puerperal: As psicoses puerperais costumam representar episódios psicóticos do TAB desencadeadas pelo pós-parto; ocorrem geralmente em primíparas e são graves pelo risco de suicídio e infanticídio.

Tratamento Medicamentoso para o Idoso: As dosagens utilizadas em idosos diferem substancialmente daquelas empregadas em adultos mais jovens.

Além disso, também se deve diferenciar as dosagens utilizadas nos indivíduos “frágeis” (aqueles com importantes comorbidades médicas e neurológicas) daquelas destinadas aos “não frágeis” (aqueles sem comorbidades médicas e neurológicas significativas).

Em idosos frágeis, sugere-se uma dose inicial muito baixa (entre 25 e 50% da dose normalmente usada em adulto jovem) devido aos grandes riscos de eventos adversos. Já durante a fase de depressão ou de manutenção, utiliza-se metade das doses empregadas na fase de mania.

O uso do lítio permanece como a primeira opção de tratamento mesmo em idosos. Nessa população, seu uso apresenta um benefício adicional para a redução do comprometimento cognitivo.

Apesar disso, ele é pouco prescrito por preocupações relacionadas à tolerabilidade e às diversas comorbidades médicas da população idosa.

Como a excreção do lítio é exclusivamente renal, deve-se ter cuidado com alterações no clearance de creatinina. Alguns fármacos podem estar relacionados com aumento do nível sérico do lítio, sobretudo aqueles de prescrição mais comuns em idosos, tais como **diuréticos, inibidores da ECA e anti-inflamatórios não esteroides.**

Alterações farmacodinâmicas na terceira idade podem determinar uma maior vulnerabilidade aos eventos adversos com o lítio, por isso alguns autores sugerem que a **dosagem plasmática desse medicamento em idosos seja inferior à do adulto, variando de 0,3 a 0,6 mEq/L.**

A carbamazepina e todos os antipsicóticos de segunda geração, exceto a clozapina, são aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) para uso nos casos de mania.

O lítio, a lamotrigina, a quetiapina e a combinação de olanzapina mais fluoxetina demonstraram eficácia no tratamento de depressão bipolar em estudos realizados com usuários de todas as idades.

Todavia, o papel dos antidepressivos no tratamento dessa condição permanece controverso. Na população geriátrica, há evidências de que o uso de antidepressivo representa um risco relativamente pequeno. **Outro estudo concluiu que o tratamento com estabilizadores do humor associados aos antidepressivos diminui o risco de suicídio em usuários bipolares idosos.**

14.1.6.3 Tratamento Profilático / de Manutenção

Após a remissão de um episódio agudo, os usuários podem permanecer com alto risco de recaída por um período de mais de seis meses. Logo, tratamentos de manutenção são recomendados após um episódio maníaco.

O lítio e o ácido valpróico são os mais indicados para esta fase, devendo ser continuados por pelo menos seis meses.

Benzodiazepínico ou antipsicótico devem ser descontinuados assim que haja a remissão do episódio e apenas o agente antimaniaco deve ser mantido.

Carbamazepina pode ser usada como uma alternativa para o lítio, principalmente nos usuários com TAB tipo II, ou quando o lítio não é bem tolerado ou é ineficaz.

Se uma destas medicações foi utilizada com sucesso para o tratamento do episódio maníaco ou depressivo mais recente, esta deve ser geralmente continuada.

Para co-morbidade com uso de Substâncias Psicoativas (SPA), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) ou Transtorno do Pânico, está indicado o uso de ácido valpróico.

Se o usuário tem recaídas freqüentes ou sintomatologia que provoque prejuízo funcional, alterar a monoterapia ou adicionar um segundo agente antimaniaco profilático (lítio, ácido valpróico). Quadro clínico, efeitos colaterais e, quando necessário, exames laboratoriais devem ser monitorados com cuidado. **Medicação de depósito (haloperidol decanoato) é indicada para usuários com má aderência.**

Durante o tratamento de manutenção, o usuário pode se beneficiar de uma intervenção psicossocial concomitante que auxilie no manejo do transtorno (aderência, estilo de vida, detecção precoce de sintomas prodrômicos) e dificuldades interpessoais. Grupoterapia também pode auxiliar na aderência ao plano terapêutico, adaptação a uma doença crônica, auto-estima e manejo de questões psicossociais e familiares.

Grupos de suporte podem ainda prover informação sobre o transtorno e seu tratamento trazendo benefícios significativos ao indivíduo.

Após um episódio agudo, deve sempre ser oferecido aconselhamento, inclusive informação escrita, em:

- Psicoeducação sobre a doença, importância de uma rotina diária (estilo de Vida regular), higiene do sono e aderência ao tratamento medicamentoso;
- Riscos do trabalho em turnos alternados (noturno) e trabalho excessivo (rotina de horas extras);
- Monitoração do humor, detecção de sinais de alerta e estratégias de prevenção de crises e de enfrentamento geral de problemas;
- Tratamentos de auto-ajuda e/ou intervenções voltados para aumentar o reconhecimento e o auto-manejo de pródromos maníacos e depressivos são efetivos em diminuir a recorrência de ambos.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

13.2 Psicose e Esquizofrenia

A psicose é uma disfunção da capacidade de pensamento e processamento de informações, cujo aspecto central é a **perda do contato com a realidade, caracteriza-se pela presença de delírios e alucinações.**

O **delírio** é um juízo falseado, em que a convicção apresenta-se sempre inabalável e irremovível e, portanto, não é afetado pela argumentação racional e lógica, e o conteúdo é impenetrável e incompreensível psicologicamente para outras pessoas.

A **alucinação** é a percepção real de um objeto inexistente, tendo em vista a convicção que a pessoa manifesta em relação ao objeto. As alucinações podem manifestar-se através de qualquer um dos cinco sentidos, sendo as mais freqüentes as auditivas e visuais (ouvir vozes, ver vultos).

Uma das características principais do estado psicótico é a dificuldade em quantificar e classificar a prioridade dos estímulos. A capacidade de agir sobre a realidade é imprevisível, porque a pessoa é incapaz de distinguir os estímulos externos dos internos.

A CID-10 acomoda na classificação dos quadros psicóticos agudos e transitórios um grupo heterogêneo de transtornos caracterizados por início agudo de sintomas psicóticos: delírios, alucinações e alterações perceptivas e grave alteração do comportamento.

Conceitua-se como início agudo o desenvolvimento progressivo de um quadro clínico claramente anormal, ao longo de 2 semanas ou menos. Para estes quadros não há evidência de causa orgânica.

A recuperação completa ocorre normalmente dentro de alguns meses, com frequência em algumas semanas ou mesmo dias. Caso o transtorno persista, será necessária mudança no diagnóstico. O transtorno pode ou não estar associado a fatores supostamente desencadeantes ou a situações de estresse agudo (dentro de 1 a 2 semanas do início do quadro).

Já a esquizofrenia é o transtorno psicótico mais comum. Sua prevalência ao longo da vida é de aproximadamente 1 para cada 100 pessoas (1%) na população geral, mas essa estimativa pode variar de acordo com a metodologia empregada.

Os denominados transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de doenças mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, com graus variados de autismo e de ambivalência, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo imediato da inteligência, embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos.

Há fortes indícios de que haja pelo menos oito alterações genéticas diferentes abrigadas sob o rótulo de esquizofrenia, uma expressão guarda-chuva que classifica diversos componentes de um mesmo espectro psicopatológico.

13.2.1 Avaliação e Diagnóstico

Classificação na CID-10:

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

Grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos tais como idéias delirantes, alucinações, perturbações das percepções e por uma desorganização maciça do comportamento normal.

O termo “agudo” é aqui utilizado para caracterizar o desenvolvimento crescente **de um quadro clínico manifestamente patológico em duas semanas no máximo.**

Para estes transtornos não há evidência de uma etiologia orgânica. Acompanham-se frequentemente de uma perplexidade e de uma confusão, mas as perturbações de orientação no tempo e no espaço e quanto à pessoa não são suficientemente constantes ou graves para responder aos critérios de um delirium de origem orgânica (F05.).

Em geral estes transtornos se curam completamente em menos de poucos meses, freqüentemente em algumas semanas ou mesmo dias. Quando o transtorno persiste o diagnóstico deve ser modificado.

O transtorno pode estar associado a um “stress” agudo (os acontecimentos geralmente geradores de “stress” precedem de uma a duas semanas o aparecimento do transtorno).

Episódios psicóticos agudos podem ocorrer em diversas situações, por causas diferentes. Podem representar, por exemplo, um primeiro surto de esquizofrenia, um primeiro episódio maníaco ou depressivo grave, um estado transitório causado por substâncias psicoativas ou um estado de *delirium*.

Deve-se, pois, fazer um primeiro diagnóstico diferencial entre as psicoses ditas funcionais e as ditas orgânicas ou sintomáticas. Entre as primeiras incluem-se, além dos transtornos psicóticos agudos e transitórios, os surtos esquizofrênicos, reagudizações e recrudescimento de transtornos delirantes paranoides, e episódios de transtornos de humor (maníacos ou depressivos graves) com sintomas psicóticos. **Nestes quadros, como regra, não ocorrem alterações da consciência.**

As manifestações psicóticas orgânicas aparecem como manifestação sintomática de alguma lesão, doença ou intoxicação. Em geral decorrem de infecções, intoxicações por substâncias exógenas ou desordens metabólicas e têm como sintoma central a alteração da consciência. **O diagnóstico diferencial, portanto, implica em distinguir dos quadros classificáveis como F2 e F3, distinguir das intoxicações e distinguir do *delirium*.**

Quadros psicóticos agudos bastante graves podem ser vistos em episódios maníacos nos quais haja abuso simultâneo de substâncias psicoativas. Nestes casos, a identificação do tipo de droga utilizada é importante.

Descartadas as possibilidades de o quadro ser um *delirium*, ser um novo surto de processo esquizofrênico, ou ser um episódio afetivo, pode-se pensar em transtorno psicótico agudo e transitório.

Os transtornos psicóticos agudos e transitórios têm como características básicas:

- 1. Início agudo, em menos de 2 semanas, com a transição de um estado sem sintomas psicóticos para um estado francamente psicótico;**
2. Presença de síndromes características, incluindo-se: (a) estados polimórficos (sintomas variáveis que se modificam rapidamente) característicos de psicoses agudas descritas em diversos países e (b) sintomas característicos da esquizofrenia;
3. Presença ou ausência de estresse agudo durante as 2 semanas que antecedem o início dos sintomas psicóticos;
- 4. Recuperação completa após 1 a 3 meses de evolução;**
5. O diagnóstico não prescinde da coleta de uma história pregressa e atual completas (incluindo os dados sobre drogas utilizadas), o exame do estado mental, o exame físico (se houver condições de segurança para tal).

F20 Transtorno de esquizofrenia

F20.0 - Esquizofrenia paranoide (inclusive esquizofrenia parafrênica)

Exclui: estado paranóico de involução (F22.8) e paranóia (F22.0)

F20.1 - Esquizofrenia hebefrênica (esquizofrenia desorganizada e hebefrenia)

F20.2 - Esquizofrenia catatônica (catalepsia, catatonía, estupor)

F20.3 - Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 - Depressão pós-esquizofrênica

F20.5 - Esquizofrenia residual (defeito esquizofrênico [restzustand], esquizofrenia indiferenciada crônica, estado esquizofrênico residual)

F20.6 - Esquizofrenia simples

F20.8 - Outras esquizofrenias (ataque esquizofreniformes, esquizofrenia cenestopática, psicose esquizofreniformes, transtorno esquizofreniforme, sem outra especificação)

Exclui: transtornos esquizofreniformes breves (F23.2)

Os critérios levam e conta a história clínica e, ao exame das funções psíquicas, são síndromicos, segundo os sinais e sintomas elencados na CID-10.

São sintomas de maior hierarquia:

- Eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento;
- Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicas; percepção delirante;
- Vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do usuário ou discutindo entre si, ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo; e
- Delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas).

São sintomas de menor hierarquia:

- Alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos 1 mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes;
- Neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante;
- Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor;
- Sintomas "negativos", tais como apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que tais sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico);
- Alteração da qualidade global de aspectos do comportamento pessoal (perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, atitude ensimesmada e retraimento social).

O curso da esquizofrenia pode seguir vários padrões, embora esta seja tipicamente vista como um transtorno crônico que começa no fim da adolescência e tem evolução negativa em longo prazo.

Na maioria dos casos, o início dos sintomas psicóticos é precedido por um período prodrômico. A fase aguda se refere à presença de sintomas psicóticos.

Num certo número de casos, após a atenuação dos sintomas positivos, sintomas negativos similares aos manifestos no período prodrômico permanecem. **O período de estabilização dura cerca de 6 meses.**

Apesar dos investimentos em novas técnicas terapêuticas, a esquizofrenia ainda representa uma enorme sobrecarga para o indivíduo e sua família. Na maioria dos casos, há prejuízo das funções ocupacionais ou sociais, caracterizado por afastamento social, perda de interesse ou capacidade de agir na escola ou no trabalho, mudança nos hábitos de higiene pessoal ou comportamento incomum.

De 4% a 15% das pessoas que sofrem de esquizofrenia cometem suicídio, e o aumento da mortalidade entre os esquizofrênicos está aproximadamente 50% acima daquela da população geral.

As manifestações psicopatológicas da esquizofrenia podem ser agrupadas em três grandes dimensões, também chamadas fatores ou agrupamentos (*clusters*) :

- Psicótica (sintomas: delírios e alucinações);
- De desorganização do pensamento e da conduta (sintomas: desorganização do pensamento, afeto inapropriado, distúrbios de atenção);
- E aquela em que há diminuição de certas funções normais da vida psíquica, também chamada deficitária ou negativa (sintomas principais: embotamento afetivo, déficit volitivo).

Além dessas três dimensões, usuários com diagnóstico de esquizofrenia também apresentam sintomas de depressão e de ansiedade e declínio de certas funções cognitivas, como perda na capacidade de *insight* e de abstração conceitual.

Como abordar quando a pessoa chega para o tratamento:

- Abordá-la com empatia e postura acolhedora;
- Trabalhar buscando vincular a pessoa e a família ao tratamento;
- Usar uma linguagem clara, simples, objetiva;
- Oferecer-lhe uma abordagem multidisciplinar, que contemple suas necessidades clínicas, emocionais e sociais;
- Ouvir seu relato em relação ao seu sofrimento;
- Estar atento para a necessidade de dar continência ao sofrimento da família prestando esclarecimentos e informações, principalmente ao se tratar de um primeiro surto.

Informação da história relevante para o diagnóstico: Indagar os seguintes aspectos:

- Mudanças no comportamento em geral, como isolamento, retraimento social, prejuízo das atividades da vida diária, ocorrem gradualmente;
- Se é o primeiro episódio ou se já houve outros anteriores;
- **Se já ocorreram internações ou tratamentos psiquiátricos e/ou tratamentos psicoterapêuticos antes;**
- Medicações em uso e as já utilizadas;
- **Histórico de doença psiquiátrica na família;**
- Dinâmica familiar: relações entre os membros da família, conflitos, vínculos mais estreitos;
- **Antecedentes pessoais: outras doenças clínicas, tabagismo, uso de drogas e álcool.**

13.2.1.1 Sinais e Sintomas

Fase inicial (prodrômica)

- Caracterizada por retraimento social, prejuízo funcional e sintomas inespecíficos, como irritabilidade, alterações do sono, humor deprimido e fadiga;
- **A pessoa pode ser vista como distante, indiferente, emocionalmente desapegada, estranha ou excêntrica;**
- O início de transtornos sutis do pensamento e o comprometimento da atenção também podem ocorrer nesta fase;
- **Esta fase pode ter duração média de cinco anos.**

Fase aguda: Nesta fase, há predomínio das manifestações clínicas, tais como:

- Ouvir vozes e ver vultos (alucinações auditivas e visuais), delírios (percepção deformada da realidade) e desorganização do comportamento e do pensamento;
- Pode apresentar também distanciamento emocional, apatia, falta de iniciativa e retraimento social, afetando a capacidade da pessoa de se manter em suas atividades habituais.

Fase de estabilização:

- Durante a fase de estabilização ou recuperação, os sintomas psicóticos diminuem de intensidade;
- O período de estabilização dura cerca de seis meses, sendo seguido de uma fase estável.

Fase estável:

- Na fase estável, as manifestações clínicas de apatia, isolamento social e embotamento afetivo, bem como a dificuldade de estabelecer projeto de vida, podem estar presentes e são relativamente consistentes em gravidade e magnitude;
- As exacerbações agudas podem interromper a fase estável e requerer tratamento adicional ou intervenções.

Fatores primitivos de pior diagnóstico:

- Início precoce;
- Gênero feminino;
- Solteiro;
- Ajustamento pré-mórbido deficiente;
- Quociente Intelectual (QI) limítrofe ou inferior;
- Ausência de sintomas afetivos;
- Desorganização;
- Sintomas negativos quando do início do quadro;
- História familiar de esquizofrenia;
- Alto nível de emoções expressas na família.

13.2.2 Diagnóstico Diferencial

Para o diagnóstico diferencial, às vezes são necessários exames que permitam um *screening* adequado, sobretudo **quando se tratar da primeira manifestação psicótica, especialmente em adulto jovem:**

- Exames físico e neurológico: consultar tabela SUS/SIGTAP;
- Hemograma completo: 02.02.02.038-0 - HEMOGRAMA COMPLETO;
- Funções tireoidianas e hepáticas:

02.02.06.025-0 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)

02.02.06.037-3 - DOSAGEM DE TIROXINA (T4)

02.02.01.064-3 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

02.02.01.065-1 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

02.02.01.046-5 - DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)

- Eletroencefalograma;
- Tomografia ou ressonância magnética do encéfalo;
- Cálcio: 02.02.01.021-0 - DOSAGEM DE CALCIO;
- Cobre sérico: 02.02.07.019-0 - DOSAGEM DE COBRE;
- Sorologia para sífilis e HIV: O diagnóstico inicial de sífilis ou HIV deve sempre ser realizado com Teste Rápido (TR) nas Unidades de Saúde. Somente com TR reagente ou indefinido deverá ser solicitado sorologia em laboratório.

Para diagnóstico:

02.14.01.007-4 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

Somente se TR reagente:

02.02.03.111-0 - TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS (VDRL)

02.02.03.109-8 - TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS

Para diagnóstico:

02.14.01.005-8 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV

Somente se TR indefinido:

02.02.03.030-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)

Alguns medicamentos podem produzir sintomas psiquiátricos, geralmente depressivos, e, ocasionalmente, sintomas psicóticos, como é o caso de antivirais, antibióticos, **antiparkinsonianos (especialmente dopa e seus derivados)**, ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, corticosteroides, digitálicos e psicoestimulantes (principalmente anfetaminas).

Os sintomas psicóticos podem ter diversas origens:

- Quadro psicótico agudo induzido por álcool e outras drogas;
- Transtorno esquizoafetivo;
- Transtorno de humor com sintomas psicóticos;
- Transtorno de ansiedade (pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de personalidade, transtorno fictício e simulação);
- Distúrbios orgânicos: transtornos endócrino-metabólicos, infecções, doença auto-imune, epilepsia do lobo temporal, tumor cerebral, acidente vascular cerebral, intoxicações e quadro medicamentoso;
- Agentes farmacológicos que apresentam o potencial de causar psicose aguda: digitais, corticóides, isoniazida, antabuse, antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivos, cimetidina, benzodiazepinico, anfetaminas e drogas relacionadas, antiarrítmicos, narcóticos, barbitúricos, metildopa, agentes antiinflamatórios não esferóides, antineoplásicos.

As seguintes características sugerem fortemente uma origem clínica não psiquiátrica:

- **Mudança abrupta de humor em pessoas sem história de doença psiquiátrica prévia** acompanhada ou não de sinais clínicos: sudorese, alterações de pressão arterial, pulso.
- Mudança abrupta do estado mental;
- Mudança abrupta da personalidade;
- Perturbações da consciência;
- Alucinações visuais isoladas;
- Sinais neurológicos focais.

Infância e Adolescência: Quando comparadas aos adultos, crianças com esquizofrenia de início precoce apresentam maior comprometimento do ajustamento pré-mórbido. As alucinações estão presentes em cerca de 80% dos casos.

As experiências alucinatórias refletem o período de desenvolvimento da criança, e seu conteúdo está ligado a brinquedos, animais e monstros. Delírios estão também presentes, mas são menos frequentes, especialmente antes dos 10 anos.

Não existem sinais e sintomas exclusivos da esquizofrenia antes do primeiro surto. **A criança e o adolescente apresentam como manifestação apenas o retraimento social.**

O que caracteriza a esquizofrenia é o rompimento com a realidade, e isso se dá quando o usuário passa a falar coisas sem sentido, apresenta alteração do comportamento com gesticulações, anda de um lado para outro, não dorme e fala sozinho, pela presença de delírios e alucinações.

De modo semelhante ao quadro em adultos, **o início pode ser insidioso ou agudo e a cada surto o usuário se distancia do seu padrão normal de funcionamento**, o que pode ser percebido pela maioria dos pais das crianças afetadas com Esquizofrenia de Início Precoce (EIP).

Os transtornos psiquiátricos mais importantes que, geralmente, são mais confundidos com a EIP são o transtorno afetivo bipolar (TAB) e o transtorno invasivo do desenvolvimento (TID):

TAB: muitas vezes, o usuário portador de TAB recebe o diagnóstico de esquizofrenia em virtude da presença de delírio persecutório e alucinações, mas durante a evolução do quadro, **observa-se que a criança com TAB apresenta ressonância afetiva, busca contato com outras pessoas e mantém o afeto preservado**, porém apresenta mais oscilações de humor e, geralmente, **volta ao padrão anterior de funcionamento acadêmico e social.**

TID: as crianças com TID **manifestam sintomas clássicos antes dos 30 meses:** evitam contato visual, apresentam problemas de linguagem e comunicação, têm uma tendência ao isolamento e muitas vezes apresentam movimentos estereotipados como balanceio do tronco, *flapping* e andar nas pontas dos pés.

A abordagem para o tratamento de esquizofrenia em adolescentes mais velhos deve ser semelhante à de usuários adultos. Os mais jovens devem ter o tratamento iniciado com dose menores, determinada de forma singular, pois existem poucos dados.

Gestação e Puerpério: **O aparecimento de esquizofrenia na gravidez é raro**, no entanto este tipo de transtorno exige o uso contínuo de medicamentos anti-psicóticos para controlar a sintomatologia e disfuncionalidade.

Embora o curso da esquizofrenia durante a gravidez não esteja bem definido, estes casos devem ser considerados de alto risco.

Estas mulheres tendem a receber menos cuidados pré-natais, têm pior nutrição, consomem mais tabaco, álcool e drogas ilícitas em comparação com as mulheres sem esquizofrenia.

Estudos recentes comparam mulheres grávidas com esquizofrenia e mulheres grávidas sem qualquer patologia psicótica. Assim, em comparação com as mulheres sem patologia psicótica, **as esquizofrênicas apresentam maiores níveis de ansiedade, pânico, e falta de confiança sobre a capacidade de ser mãe.**

Entre as mulheres com patologia, as de idade mais jovem relataram um estado de saúde pior durante a gestação. Sintomas negativos e positivos durante a gravidez podem levar a um atraso no reconhecimento da mesma, a uma má interpretação dos sinais de parto.

As mulheres com esquizofrenia em geral têm um risco maior de complicações obstétricas incluindo anormalidades placentárias e hemorragias antes do parto.

Estudos anteriores mostravam que havia uma relação entre o uso de anti psicóticos na esquizofrenia e complicações neonatais, como baixo peso ao nascer, parto prematuro. **Um estudo recente comprova que pode a esquizofrenia só por si ter um risco de complicações neonatais independente do uso de anti-psicóticos.**

Psicose puerperal é uma condição menos comum que afeta de 1 a 2 em cada 1000 mulheres. A psicose puerperal é em grande parte de natureza afetiva, embora diversos estudos apontem para características atípicas como estados misto, confusão e alteração de comportamento. Em geral o início ocorre no primeiro mês de pós-parto.

Fatores de risco:

- Histórico de psicose puerperal (risco de futuro episódio em torno de 25 a 57%);
- (Nível 2+);
- História prévia de doença psicótica;
- História familiar de psicose afetiva.

Manejo e Tratamento: Deve-se realizar sempre investigação de história de depressão no pré-natal detodas as mulheres. Fatores de risco psicossociais e biológicos de depressão e psicose puerperal devem ser sistematicamente colhidos e anotados durante o pré-natal.

Psicose puerperal deve ser tratada da mesma forma que os transtornos psicóticos, mas levando em consideração o uso do tratamento medicamentoso durante a amamentação.

O tratamento antipsicótico de mulheres esquizofrênicas grávidas ou que estejam amamentando deve ponderar de um lado, os riscos dos vários medicamentos antipsicótico para o feto, o recém-nascido e o lactente e, de outro, os riscos de que os sintomas psicóticos não tratados acarretam cuidados inadequados peri e pré-natal.

Dois períodos de alto risco são identificáveis: o primeiro trimestre gestacional, com maior potencial teratogênico, e o momento do nascimento, com maior risco obstétrico.

Idoso: A abordagem para o tratamento de pessoas idosas com esquizofrenia é semelhante àquela indicada para usuários mais jovens e envolve a combinação entre farmacoterapia e intervenções psicossociais. No entanto, usuários idosos tendem a ser mais sensíveis aos efeitos terapêuticos e tóxicos dos medicamentos antipsicóticos. Assim, as doses iniciais recomendadas são de 25% a 50% da dose habitual de início para um adulto jovem.

Os efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos que ocorrem mais freqüentemente em usuários idosos são: sedação, hipotensão ortostática, reações anticolinérgicos, sintomas extra piramidal e discenesia tardia.

Especialmente em pessoas idosas, a polifarmacoterapia desnecessária deve ser evitada.

13.2.3 Tratamento

13.2.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

Combinar mais de um componente na intervenção:

- Orientação e autoajuda;
- Monitoramento sistemático dos sintomas e adesão;

- Apoio nas tomadas de decisão relativas à medicação e supervisão de especialistas.

Oferecer cuidados de intensidade progressiva

Os tratamentos se iniciam com cuidados de baixa intensidade (atividade física em grupo, panfletos de autoajuda, grupos de apoio), passando por psicoterapia em grupo ou individual (cognitivo-comportamental, interpessoal) e evoluindo para o uso de antidepressivos, com supervisão especializada, caso necessária.

Oferecer alternativas para os usuários que rejeitam tratamentos usuais, por exemplo:

- Grupos psicoeducacionais ou grupos de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência.
- É importante que esses grupos não sejam direcionados nem divulgados apenas para portadores de um diagnóstico.

Trabalhar em equipe: Todos os integrantes das equipes de saúde da família podem assumir papéis no monitoramento de sintomas e da aderência, além de oferecer e facilitar intervenções psicoterápicas de baixa complexidade.

Adequar a intervenção ao contexto do território: Diferenças culturais influenciam a apresentação psicopatológica dos sintomas e a aceitação e resposta aos tratamentos propostos. As intervenções propostas também precisam ser aceitáveis para os profissionais da atenção primária que irão implantá-las.

Fase Prodrômica: As metas de abordagem são:

- Realizar avaliações e monitoramento regulares do estado mental e da segurança em ambiente domiciliar ou em consultório para reduzir o estigma;
- Acordo com o usuário e sua família;
- **Controlar síndromes simultâneas (como depressão e abuso de substâncias) e problemas como estresse interpessoal, profissional e familiar;**
- Informar sobre o nível de risco, imprimindo otimismo terapêutico;
- Enfatizar que os problemas atuais podem ser aliviados, mas a progressão para a psicose não é inevitável;
- Através de avaliações freqüentes, reduzir qualquer atraso subsequente na avaliação do tratamento para o primeiro episódio de psicose.

Fase Aguda: As metas do tratamento específico são:

- É essencial engajar o usuário e a família, desde o início, numa relação de trabalho colaborativo, de confiança e de cuidado;
- Prevenir danos;
- Controlar distúrbios de comportamento;
- Suprimir sintomas;
- Determinar e dar atenção aos fatores que levaram à ocorrência do episódio agudo;
- Realizar um retorno rápido ao melhor nível de funcionamento prévio;
- Atenção especial deve ser dada à presença de ideação, intenção ou planejamento suicida e à presença de alucinações imperativas;

- Informar o usuário, considerando a capacidade deste de assimilar a informação, sobre a natureza e o manejo terapêutico da doença, inclusive sobre os benefícios e efeitos colaterais dos medicamentos.

Fase de estabilização: As metas do tratamento específico são:

- Consolidar o relacionamento terapêutico;
- Reduzir o estresse sobre o usuário e dar suporte para minimizar a probabilidade de recidiva;
- Aumentar a adaptação do usuário à vida na comunidade;
- Buscar a redução progressiva dos sintomas consolidando a remissão;
- Promover o processo de reabilitação;
- **Manutenção de esquema medicamentoso que resultou em melhora do quadro por pelo menos seis meses;**
- Avaliar a persistência de efeitos colaterais e ajustar a farmacoterapia de forma adequada para minimizá-lo.

Fase de manutenção: As metas do tratamento específico são:

- Garantir que a remissão ou o controle dos sintomas seja sustentado;
- Manter ou melhorar nível de funcionamento e qualidade de vida do usuário;
- Tratar efetivamente as exacerbações de sintomas ou as recidivas;
- Monitorizar os efeitos adversos continuamente.

Manejo Psicossocial: As intervenções psicossociais são medidas que visam diminuir a vulnerabilidade do usuário a situações estressantes e reforçar sua adaptação e funcionamento social.

Essas intervenções podem, portanto, trazer benefícios adicionais em áreas como prevenção de recaídas, aquisição de habilidades sociais e melhor funcionamento social e ocupacional.

A tendência atual das psicoterapias de grupo utilizadas no tratamento dos usuários com esquizofrenia caminha em direção a enfoques integradores e ecléticos, com formatos grupais diversos, adaptados a características dos usuários, com objetivos terapêuticos concretos.

Os grupos psicoterápicos ambulatoriais não parecem mostrar um efeito consistente na redução da psicopatologia ou na frequência e no número de internações.

Entretanto, parecem ter um efeito positivo em usuários pobremente socializados, possivelmente como consequência do efeito de pertencimento ao grupo. Como vantagem adicional, as sessões regulares, freqüentes e não limitadas no tempo permitem também o monitoramento dos sintomas.

Usuários crônicos e com pior ajustamento podem sentir-se superestimulados na confrontação interpessoal. Esta população pode beneficiar-se mais de um enfoque cognitivo e de modificação de conduta, mais estruturado, de apoio.

Através de técnicas simples como reforços sociais e generalização de situações da vida real, os usuários podem aprender formas de comunicação, de resolução de problemas e de relações interpessoais.

Um princípio amplamente aceito é que os cuidadores podem se beneficiar de informação, de apoio e de ajuda, assim como de um treinamento específico para o manejo de situações concretas.

Intervenções sócio-comunitárias são destinadas à vinculação do indivíduo com a comunidade, a identificar recursos comunitários no âmbito de interesse do usuário, fazer da comunidade parte do processo de recuperação e manter ou evitar a perda de habilidades sociais, acadêmicas e profissionais.

Essas intervenções podem se desenvolver na área vocacional-laboral, atividades de uso do tempo livre e atividades de interação social.

Prevenção de recaída: O vínculo com os serviços e profissionais da saúde para garantir maior aderência ao tratamento o que, juntamente com o apoio familiar, são os fatores preditivos de menor taxa de recaída.

13.2.3.2 Tratamento Medicamentoso

Os neurolépticos disponíveis para tratamento de esquizofrenia no SUS são os seguintes:

Quadro 42 – Neurolépticos disponíveis

Clorpromazina	Comprimidos de 25 e 100 mg; solução oral de 40 mg/ml;
Haloperidol	Comprimido de 1 e 5 mg solução oral 2 mg/ml;
Decanoato de haloperidol	Solução injetável 50 mg/ ampola de 1 ml (de liberação lenta e efeito prolongado a quase um mês, para pessoas que não tomam comprimidos);
Haloperidol: solução injetável de 5 mg/ml	Para uso em urgências e emergências;
Risperidona	Comprimidos de 1, 2 e 3 mg;
Quetiapina	Comprimidos de 25, 100, 200 e 300 mg;
Ziprasidona	Cápsulas de 40 e 80 mg;
Clozapina	Comprimidos de 25 e 100 mg (para uso excepcional);
Olanzapina	Doses de 5 a 20mg/d. A solicitação é via Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento(s) (LME) entregue na FAE, que é responsável pela dispensação de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF), fornecidos via Secretaria Estadual de Saúde.

O **haloperidol** têm efeitos terapêuticos equivalentes aos dos medicamentos mais novos e mais caros (não é nem superior nem inferior a eles). Têm alguns efeitos colaterais pronunciados, aos quais o médico pode prestar atenção e prevenir ou tratar. Entre estes ressalta-se as síndromes de liberação extrapiramidal (acatisia, discinesia e distonia), por haloperidol, capaz de resolução e de prevenção pelo biperideno.

A **clorpromazina** ainda é tida como um tratamento efetivo, não ameaçado pelos estudos dos novos neurolépticos. Apesar dos efeitos adversos, ela se mantém como o tratamento padrão e como a droga-controle no estudo da esquizofrenia. Ressaltam-se a hipotonia, as alterações da prolactina (com ou sem galactorrêia), a sedação e as eventuais reações cutâneas.

A **levomepromazina**, apesar de causar sonolência, também é eficaz, em alguns casos excepcionais. É bastante sedativa e tem boa utilidade em usuários insones, quando administrada à noite, para esquizofrênicos que estão em um período excessivamente ativo durante horários em que os familiares dormem.

Os **neurolépticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina e ziprasidona)** têm efeitos colaterais que exigem observação da equipe de saúde. A olanzapina, apesar da grande eficácia nos sintomas psicopatológicos, pode ter efeitos importantes no **desencadeamento de diabetes e de obesidade, por alterar o metabolismo.**

No caso de a intolerância a risperidona dever-se ao aumento de prolactina (nível sérico acima de 25 ng/ml nas mulheres e acima de 20 ng/ml nos homens) acompanhado ou não de galactorreia e irregularidades menstruais, indica-se outro antipsicótico.

Contudo, **todos os antipsicóticos da lista deste protocolo, com exceção de clozapina, podem ser utilizados no tratamento, sem ordem de preferência.**

Os tratamentos devem ser feitos com um medicamento de cada vez (monoterapia), de acordo com o perfil de segurança e a tolerabilidade do usuário.

Caso haja intolerância por efeitos extrapiramidais, estarão indicados, após ajuste de dose, biperideno via oral. Na sua falta, ou em usuário com tendência a abusar ou criar dependência psicológica do biperideno (especialmente nos que experimentaram-no pela via endovenosa), pode-se usar propranolol.

No caso de persistência dos efeitos mesmo depois dessa alternativa, estará indicada a substituição por outro **antipsicótico com menor perfil de efeitos extrapiramidais, como olanzapina, quetiapina ou ziprasidona.**

Recomenda-se a avaliação dos sintomas extrapiramidais pelas escalas Simpson. Os sintomas extrapiramidais motores devem descrever a ocorrência de pelo menos um dos seguintes grupos:

- Distonia;
- Discinesia;
- Acatisia e parkinsonismo (tremor, rigidez e bradicinesia);
- Devem também ter ocorrido nos três primeiros meses de tratamento, normalmente nas primeiras semanas.

Considera-se que o medicamento não teve o resultado esperado ou que houve falha terapêutica do fármaco, quando o uso de qualquer desses fármacos, por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas, não causou melhora de pelo menos 30% na escala da versão brasileira da Avaliação Psiquiátrica Breve (*British Psychiatric Rating Scale – BPRS*). Em caso de falha terapêutica, uma segunda tentativa, com algum outro antipsicótico deverá ser feita.

Decanoato de haloperidol: Cada ampola de 1 ml de solução injetável contém o equivalente a 50 mg de haloperidol. Esta apresentação é reservada para casos em que haja dificuldade de administração de medicamento via oral. Deve-se indicar uma dose de 150 a 200 mg/mês para a maioria dos casos, aplicada a cada 4 semanas.

Sua meia-vida é de cerca de 3 semanas, levando entre 3 a 6 meses para a estabilização da concentração plasmática. Por tal motivo, quando a sintomatologia é intensa, pode-se iniciar em doses superiores (até 400 mg/mês) divididas em tomadas de maior frequência (até semanalmente) nos primeiros meses. Também se pode iniciar com doses usuais e suplementar com haloperidol oral até a dose máxima de 15 mg/dia.

Para o tratamento dos efeitos extrapiramidais, o biperideno poderá ser utilizado na dose de 1 a 16 mg, divididos em 1 a 4 administrações ao dia, dependendo da intensidade dos sintomas.

O **biperideno** é um anticolinérgico cujos efeitos adversos são especialmente manifestos nos usuários mais idosos, podendo causar confusão mental transitória. Em pronto-socorro é bastante utilizado por via intramuscular e oferece rápido alívio dos sintomas extrapiramidais em todos os usuários. Apresenta-se em comprimidos de 2 mg (cloridrato de biperideno) e em solução injetável de 5 mg/ml (lactato de biperideno).

As contraindicações ao biperideno são:

- Glaucoma de ângulo fechado;
- Retenção urinária;
- Hipertrofia prostática;
- Miastenia grave;
- Obstrução gastrintestinal, megacolon.

O biperideno não tem utilidade na discinesia tardia, problema no qual ocorre piora com o uso de anticolinérgicos. **Na falta de biperideno, o propranolol também poderá ser utilizado diante de liberação extrapiramidal, na dose de 40 a 160mg, divididos em 2 a 3 administrações ao dia.**

São situações especiais, ao longo do tratamento:

- Discinesia tardia e tentativa de suicídio: substituir o medicamento em uso por clozapina;
- Má adesão ao tratamento: substituir o medicamento em uso por decanoato de haloperidol;
- Comorbidades clínicas iniciadas após o uso: hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, diabetes melitus, desenvolvimento de síndrome metabólica (se em uso de olanzapina e quetiapina, considerar a substituição do medicamento em uso por ziprasidona.

Antes do início do tratamento com qualquer um dos medicamentos, é importante a avaliação dos seguintes aspectos:

- Idade;
- Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril);
- Três medidas de pressão arterial em datas diferentes;
- Dosagens de colesterol total e frações;

- Triglicerídios;
- Glicemia de jejum.

Deve-se registrar também a história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia e discinesia, tentativa ou risco de suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus e outras comorbidades clínicas.

Para monitorização dos efeitos adversos, aconselha-se repetir as medidas antropométricas e de pressão arterial em 3, 6 e 12 meses.

Os exames laboratoriais (perfil lipídico e glicemia de jejum) devem ser refeitos em 3 e em 12 meses após o início do tratamento. Na sequência, a monitorização deve ser repetida anualmente. Em caso de alteração, uma avaliação com clínico deverá ser feita e o risco-benefício discutido em conjunto com a família e o usuário.

A dosagem do nível sérico de prolactina deverá ser solicitada quando houver relato de sintomas compatíveis com alterações hormonais, como diminuição da libido, alterações menstruais, impotência e galactorreia.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

14 TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

Entende-se por transtorno do neurodesenvolvimento o grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam desde os primeiros marcos do desenvolvimento, sendo caracterizados por déficits que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência.

14.1 Deficiência Intelectual

O conceito de DI mais divulgado tem como base o sistema de classificação da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento – AAIDD (sigla em inglês). Segundo essa definição, a DI é compreendida como uma condição caracterizada por limitações nas habilidades adaptativas, sociais e práticas, tanto no funcionamento intelectual, quanto no comportamento adaptativo, manifestando-se antes dos dezoito anos de idade. Logo, a DI deve ser compreendida como uma interação entre o funcionamento intelectual e as suas relações com o contexto social.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Os três critérios a seguir devem ser preenchidos: A. Déficit em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados. B. Déficit em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade. C. Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

14.1.1 Avaliação e Diagnóstico

Conforme a CID-10:

F70 - F79 Retardo mental (transtornos do desenvolvimento intelectual)

F70 – Retardo mental leve;

F71 – Retardo mental moderado;

F72 – Retardo mental grave;

F73 – Retardo mental profundo;

F78 – Outro retardo mental;

F79 – Retardo mental não especificado.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Os três critérios a seguir devem ser preenchidos:

- Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.
- Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade.
- Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

Nota: O termo diagnóstico deficiência intelectual equivale ao diagnóstico da CID-11 de transtornos do desenvolvimento intelectual. Embora o termo deficiência intelectual seja utilizado em toda esta linha de cuidado, ambos os termos são empregados no título para esclarecer as relações com outros sistemas de classificação. Além disso, uma Lei Federal dos Estados Unidos (Public Law 111-256, Rosa's Law) substituiu o termo retardo mental por deficiência mental, e periódicos de pesquisa usam deficiência intelectual. Assim, deficiência intelectual é o termo de uso comum por médicos, educadores e outros, além de pelo público leigo e grupos de defesa dos direitos.

Quadro 43 – Desenvolvimento da linguagem

RECEPTIVO	IDADE	EXPRESSIVO
Assusta-se. Aquieta-se ao som da voz.	0-6 semanas	Choros diferenciados e sons primitivos. Aparecem os sons vogais (V).
Vira-se para a fonte de voz. Observa com atenção objetos e fatos do ambiente.	03 meses	Primeiras consoantes (C) ouvidas são p/b e k/g. Inicia balbucio.
Responde com tons emotivos à voz materna.	06 meses	Balbucio (sequências de CVCV sem mudar a consoante). Ex.: “dudadá”.
Entende pedidos simples com dicas através de gestos. Entende “não” e “tchau”.	09 meses	Imita sons. Jargão. Balbucio não-reduplicado. (sequência CVC ou VCV).
Entende muitas palavras familiares e ordens simples associadas a gestos. Ex.: “vem com o papai”.	12 meses	Começa a dizer as primeiras palavras, como “mama”, papá” ou “dadá”.
Conhece alguma partes do corpo. Acha objetos a pedido. Brincadeira simbólica com miniaturas.	18 meses	Poderá ter de 30 a 40 palavras (“mama”, “bebê”, “miau”, “pé”, “ão-ão”, “upa”). Começa a combinar duas palavras (“dá papá”).

Segue instruções envolvendo dois conceitos verbais (os quais são substantivos). Ex.: “coloque o copo na caixa”	24 meses	Tem um vocabulário de cerca de 150 palavras. Usa combinação de duas ou três.
Entende primeiros verbos. Entende instruções envolvendo até três conceitos. Ex.: “coloque a boneca grande na cadeira”	30 meses	Usa habitualmente linguagem telegráfica (“bebê”, “papá pão”, “mamã vai papá”).
Conhece diversas cores. Reconhece plurais, pronomes que diferenciam os sexos, adjetivos.	36 meses	Inicia o uso de artigos, plurais, preposições e verbos auxiliares.
Começa a aprender conceitos abstratos (duro, mole, liso). Linguagem usada para raciocínio. Entende “se”, “por que”, “quanto”. Compreende 1.500 a 2.000 palavras.	48 meses	Formula frases corretas, faz perguntas, usa a negação, fala de acontecimentos no passado ou antecipa outros no futuro.

Fonte: Schirmer *et al.*, 2004.

As alterações da linguagem são monitoradas, podendo evidenciar desde problemas mais graves, como mutismos, até transtornos leves posteriores, como o ceceo, o tatibitati, a dislalia, a gagueira.

Quadro 44 – Alterações da linguagem

ATRASO	A progressão na linguagem processa-se na sequência correta, mas em ritmo mais lento, sendo o desempenho semelhante ao de uma criança de idade inferior.
DISSOCIAÇÃO	Existe uma diferença significativa entre a evolução da linguagem e das outras áreas do desenvolvimento.
DESVIO	O padrão de desenvolvimento é mais alterado: verifica-se uma aquisição qualitativamente anômala da linguagem. É um achado comum nas perturbações da comunicação do espectro do autismo.

Fonte: Schirmer *et al.*, 2004.

Os transtornos envolvendo a linguagem oral e escrita podem derivar de diversas causas, a serem pesquisadas pela equipe de saúde. Nem sempre a solução está no Sistema Único de Saúde, pois várias vezes a abordagem precisa ser planejada nas instituições escolares.

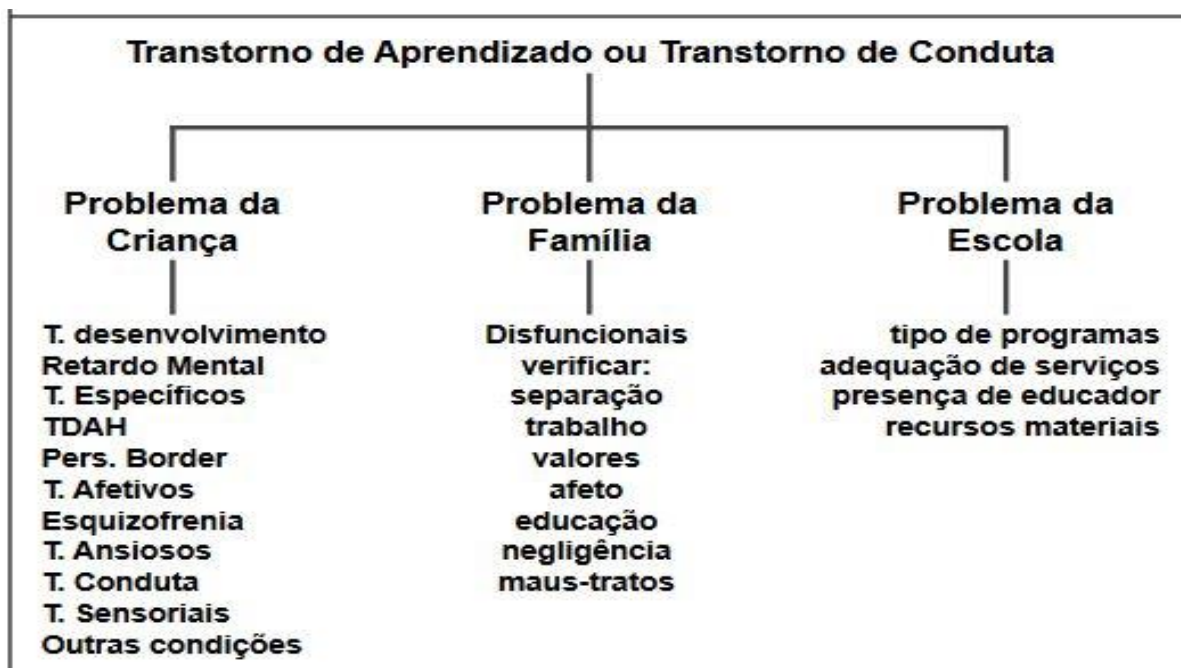
Quadro 45 – Causas dos transtornos da linguagem

DISTÚRBIOS	DESCRIÇÃO
Causa ambiental	Fatores de risco sociais e emocionais.
Atraso isolado da linguagem expressiva (“constitucional”)	Atraso de causa não-demonstrável associado a compreensão, pragmática e desenvolvimento não-verbal normais.
Déficit cognitivo	Nos primeiros anos, a evolução da linguagem na criança com atraso de desenvolvimento é semelhante à da criança normal, mas num ritmo inferior.
Déficit auditivo	Influencia a aquisição da linguagem após 6-9 meses, quando observam-se alterações da vocalização (perda da qualidade vocal, consoantes que desaparecem ou não chegam a surgir, modificação da sonoridade das vogais) até que apenas sons primitivos e gurrurais acabam por persistir.
Autismo	Pode ocorrer ecolalia imediata ou tardia, perseveração (persistência inapropriada no mesmo tema) em associação a alterações da comunicação não-verbal, comportamentos estereotipados e perseverantes, interesses restritos e/ou não usuais e comprometimento da capacidade social.
Alterações específicas da linguagem	Caracterizam-se por limitações significativas da função linguística que não podem ser atribuídas a perda auditiva, déficit cognitivo ou alterações da estrutura e função fonadora. É um diagnóstico de exclusão.

Fonte: Schirmer *et al.*, 2004.

Grande número de crianças chega ao serviço de saúde a partir de um encaminhamento escolar ou familiar, com duas queixas primordiais: déficit no aprendizado ou comportamento belicoso e incômodo aos outros (transtorno de conduta). Nem sempre estes motivos indicam a presença de um quadro psicopatológico infantil. A equipe de saúde deverá avaliar, de forma abrangente, quanto estas queixas são consequências de problemas da criança, de sua família ou do ambiente escolar.

Figura 13 – Transtorno de aprendizado e/ou Transtorno de conduta



Fonte: Assumpção Jr, 2009.

O diagnóstico é, pois, amplo: envolve a criança e suas circunstâncias. As famílias disfuncionais (maus-tratos, negligência ou outros motivos graves) devem ser encaminhadas aos Conselhos Tutelares ou serviços de Proteção Social.

Os transtornos mentais na infância e na adolescência devem ser observados considerando-se:

- Fatores predisponentes:** caracterizados pela vulnerabilidade biológica, características de personalidade, primeiras experiências, respostas ao estresse e influências socioculturais. Estes fatores são os mais difíceis de serem avaliados em ambiente escolar, uma vez que dependem do próprio crescimento e desenvolvimento anterior da criança;
- Fatores precipitantes:** corresponde aos acontecimentos estressantes e aos estímulos que ocasionam respostas emocionais desprazerosas. Nesse âmbito, a escola, por sua importância no universo infantil, já passa a ter um papel fundamental na detecção e na manipulação desses eventos;
- Fatores perpetuadores:** são os estressores permanentes, elementos temperamentais ligados a ansiedade, estímulos reforçadores de condutas inadequadas e influências familiares. Nesta esfera, a escola tem um papel que pode ser considerado fundamental;
- Fatores protetores:** correspondendo aos atributos temperamentais de adaptabilidade, relações intrafamiliares adequadas, rede de irmãos e suporte comunitário positivo. Aqui, a escola pode fornecer parte desse suporte comunitário, constituindo-se assim em mais do que uma simples fornecedora de informações, em um ambiente favorecedor do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.

14.1.2 Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de deficiência intelectual deve ser feito sempre que atendidos os critérios A, B e C. O diagnóstico de deficiência intelectual jamais deve ser pressuposto em razão de determinada condição genética ou médica. Uma síndrome genética associada à deficiência intelectual deve ser registrada como um diagnóstico concorrente com a deficiência intelectual.

Transtornos neurocognitivos maiores e leves: A deficiência intelectual é definida como um transtorno do neurodesenvolvimento e é diferente dos transtornos neurocognitivos, que se caracterizam por perda do funcionamento cognitivo. Um transtorno neurocognitivo maior pode ocorrer concomitantemente com deficiência intelectual (p. ex., pessoa com síndrome de Down que desenvolve doença de Alzheimer ou pessoa com deficiência intelectual que perde um pouco mais a capacidade cognitiva após um traumatismo encefálico). Em casos assim, podem ser feitos diagnósticos de deficiência intelectual e transtorno neurocognitivo.

Transtornos da comunicação e transtorno específico da aprendizagem: Esses transtornos do neurodesenvolvimento são específicos do domínio da comunicação e da aprendizagem, não exibindo déficits no comportamento intelectual e adaptativo. Podem ser comórbidos com deficiência intelectual. Ambos os diagnósticos são feitos se a totalidade dos critérios para deficiência intelectual e para transtorno da comunicação ou específico da aprendizagem for preenchida.

Transtorno do espectro autista: A deficiência intelectual é comum entre pessoas com transtorno do espectro autista. Sua investigação pode ser complicada por déficits sociocomunicacionais e comportamentais, inerentes ao transtorno do espectro autista, que podem interferir na compreensão e no engajamento nos procedimentos dos testes. Uma investigação adequada da função intelectual no transtorno do espectro autista é fundamental, com reavaliação ao longo do período do desenvolvimento, uma vez que escores do QI no transtorno do espectro autista podem ser instáveis, particularmente na primeira infância.

Comorbidades: Levantamentos epidemiológicos indicam que até dois terços de crianças e adultos com deficiência intelectual têm transtornos mentais comórbidos; essa taxa é bem mais alta do que aquela referida em amostras da comunidade sem deficiência intelectual.

A prevalência de psicopatologia parece estar correlacionada à gravidade do deficiência intelectual: quanto mais grave, mais alto o risco para outros transtornos mentais. Um estudo epidemiológico mais recente revelou que 40,7% das crianças com comprometimento intelectual entre 4 e 18 anos de idade satisfaziam os critérios para pelo menos um transtorno psiquiátrico.

Os transtornos mentais que ocorrem entre pessoas com essa condição parecem ser os mesmos vistos entre aquelas sem deficiência intelectual, incluindo transtornos do humor, esquizofrenia, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e transtorno da conduta. Pessoas com deficiência intelectual grave apresentam, em especial, altas taxas de transtorno do espectro autista e de transtornos globais do desenvolvimento. Cerca de 2 a 3% das pessoas com deficiência intelectual satisfazem os critérios para esquizofrenia; essa porcentagem é muito mais alta do que a taxa para a população geral.

Transtornos neurológicos: A incidência de transtornos psiquiátricos comórbidos é maior em indivíduos com deficiência intelectual que também apresentam condições neurológicas conhecidas, como transtornos convulsivos. As taxas de psicopatologia aumentam com a gravidade do retardo; o prejuízo neurológico aumenta de forma proporcional ao prejuízo intelectual.

Em uma recente revisão de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes com deficiência intelectual e epilepsia, cerca de um terço também tinha transtorno do espectro autista ou uma condição do tipo autista. A combinação de deficiência intelectual, epilepsia ativa e autismo (ou do espectro autista) ocorre a uma taxa de 0,07% na população geral.

Etiologia: Os fatores etiológicos no deficiência intelectual podem ser genéticos, evolutivos, adquiridos, ou a combinação destes. As causas genéticas incluem condições cromossômicas e hereditárias; os fatores evolutivos incluem exposição pré-natal a infecções e toxinas; e as síndromes adquiridas incluem trauma perinatal (como prematuridade) e fatores socioculturais. A gravidade do deficiência intelectual resultante está relacionada ao momento e à duração do trauma, bem como ao grau de exposição a que o sistema nervoso central (SNC) foi submetido.

Quanto mais grave o deficiência intelectual, maior a probabilidade de que a causa seja evidente. Em cerca de três quartos das pessoas com deficiência intelectual grave, a causa é conhecida, mas só está aparente em metade daquelas com retardo leve.

Não há causa conhecida para três quartos das pessoas com funcionamento intelectual limítrofe. No total, em até dois terços de todas as pessoas mentalmente retardadas, a causa provável pode ser identificada. Entre transtornos cromossômicos e metabólicos, a síndrome de Down, a síndrome do X frágil e a fenilcetonúria (PKU) são os transtornos mais comuns que geralmente produzem deficiência intelectual pelo menos moderado. Pessoas com deficiência intelectual leve às vezes têm um padrão familiar aparente nos pais e nos irmãos. A privação de alimentos, carinho e estimulação social pode contribuir para o desenvolvimento dessa condição. O conhecimento atual sugere que fatores genéticos, ambientais, biológicos e psicossociais atuam de maneira cumulativa no deficiência intelectual.

Período pré-natal: Pré-requisitos importantes para o desenvolvimento global do feto incluem a saúde física, psicológica e nutricional da mãe durante a gravidez. Doenças e condições crônicas maternas que afetam o desenvolvimento normal do sistema nervoso central do feto incluem diabetes não controlado, anemia, enfisema pulmonar, hipertensão arterial e uso continuado de álcool e substâncias psicoativas.

É sabido que infecções maternas durante a gravidez, em especial infecções virais, causam dano e deficiência intelectual fetal. A extensão do dano depende de variáveis como o tipo de infecção viral, a idade gestacional do feto e a gravidade da doença. Embora tenha sido relatado que inúmeras doenças infecciosas afetam o sistema nervoso central do feto, os distúrbios médicos relatados a seguir foram definitivamente identificados como condições de alto risco para deficiência intelectual. Em caso de dúvida acessar o protocolo de pré-natal.

Complicações na gestação: Toxemia gravídica e diabete materno não controlado apresentam riscos para o feto e podem resultar em deficiência intelectual. A desnutrição materna durante a gestação com frequência resulta em prematuridade e outras complicações obstétricas. Hemorragia vaginal, placenta prévia, descolamento placentário e prolapso do cordão podem causar prejuízo ao cérebro do feto por anoxia. O efeito teratogênico potencial de agentes farmacológicos administrados durante a gravidez foi amplamente divulgado após a tragédia da talidomida.

Período perinatal: Algumas evidências indicam que bebês prematuros e bebês com baixo peso ao nascer apresentam alto risco de desenvolver prejuízos neurológicos e intelectuais, identificados nos anos escolares. Bebês que sofrem hemorragias intracranianas ou apresentam evidência de isquemia cerebral são especialmente vulneráveis a anormalidades cognitivas. O grau de prejuízo no desenvolvimento neurológico em geral correlaciona-se à gravidade da hemorragia intracraniana. Estudos mais recentes documentaram que, entre crianças com baixo peso ao nascer (menos de 1.000 g), 20% tinham deficiências significativas, incluindo paralisia cerebral, deficiência intelectual, autismo e inteligência baixa, com graves problemas de aprendizagem. Foi verificado que crianças muito prematuras e aquelas que sofreram retardo no crescimento intrauterino têm alto risco para desenvolver tanto problemas sociais como dificuldades acadêmicas.

A privação socioeconômica também afeta a função adaptativa desses bebês vulneráveis. A intervenção precoce pode melhorar suas capacidades cognitivas, de linguagem e perceptivas.

Transtornos da infância adquiridos: Às vezes, o curso de desenvolvimento da criança é alterado drasticamente como resultado de uma doença ou de um trauma físico específico.

Infecção: As infecções mais graves que afetam a integridade cerebral são a encefalite e a meningite.

Traumatismo craniano: As causas mais conhecidas de traumatismo craniano que produzem déficits no desenvolvimento de crianças, incluindo convulsões, são os acidentes automobilísticos, mas a maioria dos traumatismos cranianos são causados por acidentes domésticos, como quedas de mesas, de janelas abertas e em escadas. O abuso infantil é uma causa comum de traumatismo craniano.

Fatores ambientais e socioculturais: Retardo leve pode resultar de privação significativa de alimento e carinho. Crianças que sofreram essas condições estão sujeitas a danos permanentes ao seu desenvolvimento físico e emocional. Cuidados médicos deficientes e nutrição materna pobre, no período pré-natal, contribuem para o desenvolvimento de deficiência intelectual leve.

Gestações na adolescência são fatores de risco e estão associadas a complicações obstétricas, prematuridade e baixo peso ao nascimento.

Cuidados médicos pós-natais insatisfatórios, subnutrição, exposição a substâncias tóxicas, como chumbo, e trauma físico são fatores de risco para deficiência intelectual leve.

Instabilidade familiar, mudanças frequentes e cuidadores múltiplos, mas inadequados, podem privar um bebê de relacionamentos emocionais necessários, levando ao atraso no desenvolvimento e colocando em risco o cérebro em formação.

Um transtorno mental incapacitante em um dos pais pode interferir no cuidado e na estimulação adequados da criança e causar risco ao desenvolvimento. Sabe-se que filhos de pais com transtorno do humor e esquizofrenia apresentam maior risco de desenvolver estes e outros transtornos mentais relacionados.

Alguns estudos indicam prevalência mais alta do que o esperado de transtorno de habilidades motoras e transtornos do desenvolvimento, mas não necessariamente deficiência intelectual, entre os filhos de pais com transtornos mentais crônicos.

14.1.3 Tratamento

14.1.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

O tratamento de indivíduos com Deficiência Intelectual se baseia na avaliação de suas necessidades sociais, educacionais, psiquiátricas e ambientais. O retardo está associado a uma variedade de transtornos psiquiátricos comórbidos que muitas vezes demandam tratamento específico além do apoio psicossocial.

Quando estão disponíveis medidas preventivas, o tratamento ideal das condições que levam ao deficiência intelectual inclui a prevenção primária, secundária e terciária.

A APS tem papel importante na prevenção e na detecção dos transtornos do desenvolvimento intelectual. Os retardos mentais são vistos, pela primeira vez no SUS, como regra, em Unidades Básicas de Saúde. À APS cabe aplicar:

- Medidas **pré-natais** (planejamento familiar, aconselhamento genético, pré-natal, diagnóstico pré-natal);
- Medidas **peri-natais** (atendimento ao parto e ao recém-nato, "screening" neonatal, diagnóstico precoce);
- Medidas **pós-natais** (serviços de puericultura, diagnóstico precoce, estimulação sensório-motora).

Educação para a criança: Ambientes educacionais que recebem crianças com Deficiência Intelectual devem incluir um programa abrangente que contemple o treinamento de habilidades adaptativas, sociais e vocacionais. Particular atenção deve ser dada à comunicação e às tentativas de melhorar a qualidade de vida. A terapia de grupo tem sido um formato bem-sucedido, no qual crianças afetadas podem aprender e praticar situações da vida real de forma hipotética e receber *feedback* empático.

Educação da família: Uma das áreas mais importantes a serem tratadas é a educação dos familiares de um usuário com Deficiência Intelectual sobre as formas de aumentar a competência e a autoestima enquanto mantêm expectativas realísticas acerca do usuário.

A família muitas vezes considera difícil equilibrar a promoção da independência e o fornecimento de um ambiente de afeto e apoio para uma criança com tal condição, a qual provavelmente sentirá alguma rejeição e fracasso fora do contexto familiar. Os pais podem ser beneficiados por aconselhamento ou terapia familiar ou grupos de apoio contínuos e devem ter a

oportunidade de expressar seus sentimentos de culpa, desespero, angústia, negação recorrente e raiva em relação ao transtorno e ao futuro de seu filho.

As crianças com dificuldade específicas de aprendizagem não devem ser chamadas de deficientes. Cabe à equipe de saúde e de educação explicitar isto às famílias, sempre que se faça necessário.

As famílias devem vê-las como crianças normais que aprendem de uma forma diferente, em ritmo próprio. A redução de léxico, a sintaxe desestruturada, as dificuldades para processar sons nas palavras, as dificuldades para lembrar sentenças ou histórias, ocorrem em dificuldades normais de aprendizagem, como ocorrem em decorrência de transtornos neuropsiquiátricos.

Não é adequado inserir todas as crianças com um tipo de transtorno no mesmo grupo. **É bom que elas convivam em meio à diversidade da população infantil.**

Sobre a inclusão social de crianças com deficiência intelectual:

- É importante que as equipes de saúde tenham uma noção do trabalho dos técnicos de outros pontos de atenção com seus usuários, trocando informações e se ajudando mutuamente;
- O professor deve obter junto aos pais do aluno com deficiência intelectual informações fundamentais para a elaboração e implantação de um Plano de Desenvolvimento Individual. Estas informações, devem incluir interesses, preferências, habilidades e limitações em casa e na vida social, porque podem ser decisivas para o sucesso das intervenções de inclusão escolar;
- Educar alunos com deficiência intelectual requer esforço consciente do professor na comunicação, dada a limitação do vocabulário e as dificuldades de linguagem expressiva e receptiva que podem apresentar. Um vocabulário acessível e explicações objetivas previnem interpretações equivocadas e facilitam a compreensão geral e específica da criança;
- Educar alunos com deficiência intelectual requer paciência para enfrentar os desafios educacionais. A repetição de explicações e correção de comportamentos inadequados é quase sempre necessária;
- A instrução passo a passo é muito importante para o aluno com deficiência intelectual, dividindo-se cada nova tarefa em pequenos passos, ajudando-o a identificá-los e corrigindo-se através de demonstração. A seguir, deixa-se-o tentar, por sua conta, cada passo e todos os passos na sequência, estruture e corrija até que alcance autonomia;
- O uso de relógio, calendário e quadros referenciais com rotinas, alfabeto e números, por exemplo, podem auxiliar a organização (temporal e espacial) e memória (retenção e evocação);
- Os trabalhos em sala de aula em duplas ou grupos são muito bem-vindos, como também atividades como ateliês, oficinas, música e teatro (dramatização);
- O educador deve estimular o uso de diferentes recursos para a leitura e escrita como computador, letras móveis, lápis adaptados, jogos, etc;
- Ensinar ao aluno com deficiência intelectual como corrigir ele próprio suas atividades;

- O professor deve dar devolutiva (*feedback*) imediata permitindo que o aluno interprete rapidamente a adequação de suas respostas, perguntas ou comportamentos às informações transmitidas;
- Na transmissão do conhecimento, o professor do aluno com deficiência intelectual deve ser o mais concreto possível, evitando abstrações;
- Alunos com DI aprendem melhor quando a instrução é objetiva e concreta;
- O uso de recursos audiovisuais e experiências práticas complementares, bem como a criação de elos entre os novos conhecimentos e os previamente adquiridos, são de grande utilidade nesse contexto;
- O professor deve sempre priorizar estratégias que permitam ao aluno com deficiência intelectual desenvolver habilidades adaptativas fundamentais para sua autonomia e vida diária como: cuidados com a saúde, segurança e higiene pessoal, conceitos básicos de cálculo, leitura, uso do dinheiro e habilidades sociais e profissionais;
- Alunos com deficiência intelectual muitas vezes apresentam habilidades sociais limitadas, o que pode tornar difícil sua integração e interação adequada com seus pares e se envolver nas atividades sociais em curso na escola;
- Com frequência podem ser alvos de *bullying*, o que de forma alguma pode ser tolerado.

14.1.3.2 Tratamento Medicamentoso

As abordagens farmacológicas para o tratamento de sintomas comportamentais e psicológicos em usuários com Deficiência Intelectual são praticamente as mesmas utilizadas nos usuários sem essa condição.

Um número crescente de pesquisas vem corroborando o uso de uma variedade de medicações em usuários com transtornos mentais sem Deficiência Intelectual, e alguns estudos têm como foco o uso de medicações para as seguintes síndromes comportamentais, que ocorrem com frequência em pessoas com Deficiência Intelectual.

Agressividade e Comportamento Autoagressivo: Há poucos ensaios clínicos controlados para orientar o tratamento ideal de agressividade e comportamento autoagressivo. Algumas evidências de estudos controlados e não controlados indicam que o lítio foi útil para diminuir essas manifestações.

Anticonvulsivantes, incluindo carbamazepina e ácido valproico, foram usados clinicamente para o comportamento agressivo em crianças e adolescentes.

A risperidona é eficaz para diminuir tanto a agressividade quanto o comportamento autoagressivo. Pessoas com deficiência intelectual parecem ter risco mais alto para o desenvolvimento de discinesia tardia após o uso de uma variedade de antipsicóticos.

Os atípicos, incluindo a risperidona e a clozapina, podem proporcionar algum alívio, com menor risco de discinesia tardia.

Movimentos Motores Estereotipados: Medicamentos antipsicóticos, como haloperidol e clorpromazina, diminuem comportamentos repetitivos de autoestimulação em usuários com deficiência intelectual, mas não melhoram o comportamento adaptativo. Algumas crianças e adultos com deficiência intelectual (até um terço) enfrentam alto risco de discinesia tardia com o uso contínuo de antipsicóticos.

Sintomas obsessivo-compulsivos com frequência se sobrepõem aos comportamentos estereotipados repetitivos vistos em crianças e adolescentes com deficiência intelectual, e naqueles com retardo e transtorno global do desenvolvimento. Inibidores da recaptação de serotonina, demonstraram eficácia no tratamento de sintomas obsessivo-compulsivos em crianças e adolescentes e, portanto, podem apresentar alguma eficácia no caso de movimentos motores estereotipados.

Comportamento Explosivo: Há relatos de que antagonistas do receptor beta-adrenérgico (betabloqueadores), como o propranolol, resultam em menos acessos de raiva explosiva em usuários com deficiência intelectual e transtorno do espectro autista. Antipsicóticos também podem ser utilizados nestas situações.

14.1.4 Encaminhamento

NAIPE DI/TEA – Núcleo de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência Intelectual e do Transtorno do Espectro do Autismo

O processo de encaminhamento para o NAIPE DI/TEA ocorre pelo Sistema Integrado de Gestão (SIG), SaudeTech, da Secretaria de Saúde com acesso regulado. O profissional de saúde (Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional) da APS, Serviços Especializados e Maternidade Darcy Vargas, diante suspeita de público alvo elegível para avaliação, que inclui: Deficiência Intelectual (DI); Síndrome Genéticas que cursem com DI e/ou TEA como comorbidade; TEA e Atraso Global do Neurodesenvolvimento; preenche o encaminhamento online, (baseando-se no **Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento da Criança**, componente da **Caderneta de Saúde da Criança** do Ministério da Saúde e/ou nos critérios do Programa Conte Comigo* e/ou do Programa Bebê Precioso*), solicitando à Central de Regulação, que agendará conforme critérios de prioridade faixa etária, estabelecidos no Protocolo de Acesso do NAIPE DI/TEA, a consulta para escuta qualificada/especializada no Naípe. A lista de escuta qualificada é publicizada e organizada conforme prioridade de acesso. Após passar pela escuta especializada, o usuário é colocada na lista de Avaliação Interdisciplinar das clínicas de referência DI ou TEA, conforme sua demanda e CID de base.

Importante: Maiores informações sobre encaminhamentos, vide capítulo 5, página 49

14.2 Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

Segundo (DSM-5), o Transtorno do Espectro do Autismo caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social 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 padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

ETIOLOGIA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (DSM-5)

Ambientais: Uma gama de fatores de risco inespecíficos, como idade parental avançada, baixo peso ao nascer ou exposição fetal a ácido valproico, pode contribuir para o risco de transtorno do espectro autista.

Genéticos e fisiológicos: Estimativas de herdabilidade para o transtorno do espectro do autismo variam de 37% até mais de 90%, com base em taxas de concordância entre gêmeos. Atualmente, até 15% dos casos de transtorno do espectro autista parecem estar associados a uma mutação genética conhecida, com diferentes variações no número de cópias de novo ou mutações de novo em genes específicos associados ao transtorno em diferentes famílias. No entanto, mesmo quando um transtorno do espectro autista está associado a uma mutação genética conhecida, não parece haver penetrância completa. O risco para o restante dos casos parece ser poligênico, possivelmente com centenas de *loci* genéticos fazendo contribuições relativamente pequenas.

14.2.1 Avaliação e Diagnóstico

A detecção precoce é fundamental para que as intervenções possam ser realizadas, principalmente ao considerar-se que a resposta positiva ao tratamento (em termos de linguagem, desenvolvimento cognitivo e habilidades sociais) é mais significativa nos casos de intervenção mais imediata.

Isso se dá em função da plasticidade cerebral, assim como das experiências precoces nos primeiros anos de vida do bebê, fundamentais para o funcionamento das conexões neuronais e para o desenvolvimento psicossocial. Desse modo, as intervenções precoces conferem maior eficácia e maior economia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais de saúde.

Para efetuar o diagnóstico do TEA, respeitam-se os critérios descritos no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V) e nas Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Conforme DSM-5: A. Déficit persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas);
2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente);
3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos);
4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

Especificar a gravidade atual:

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento.

- Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as

capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida);

- Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente;
- Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Nota: Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno do espectro autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits acentuados na comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação a transtorno da comunicação social (pragmática).

Também se deve levar em conta a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que, na área clínica, auxilia o modelo de atendimento multidisciplinar. Ela foca as deficiências, incapacidades e desvantagens não apenas como consequência das condições de saúde e doença. Foca-as como fatos determinados também pelo contexto do meio ambiente físico e social, por percepções culturais e atitudes, pela disponibilidade de serviços e pela legislação. É um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos, permitindo avaliar condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social.

O diagnóstico de transtorno do espectro autista é uma descrição e não uma explicação. Esta descrição é dimensional também, pois sempre é importante que o processo diagnóstico seja realizado por uma equipe multiprofissional com experiência clínica e que não se limite à aplicação de testes e exames. A pluralidade de hipóteses etiológicas sem consensos conclusivos e a variedade de formas clínicas e/ou comorbidades que podem acometer a pessoa com TEA exigem o encontro de uma diversidade de disciplinas. Portanto, é preciso avaliar a necessidade de exames neurológicos, metabólicos e genéticos que podem complementar o processo diagnóstico.

A detecção precoce para o risco de TEA é um dever do Estado, pois, em consonância com os princípios da Atenção Primária à Saúde, contempla a prevenção de agravos, a promoção e a proteção à saúde, propiciando a atenção integral, o que causa impacto na qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. As diretrizes do SUS preconizam a essencialidade de políticas de prevenção e intervenções para crianças em situações de risco e vulnerabilidade, o que é o caso das crianças com alterações na interação e na comunicação, porque isso pode representar, além de outras dificuldades para o desenvolvimento integral da criança, o risco para TEA.

Quadro 46 – Sinais de alerta para o TEA

DE 6 A 8 MESES	DE 12 A 14 MESES	POR VOLTA DE 18 MESES
Não apresentam iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com os adultos próximos (por exemplo: ausência da relação olho no olho).	Não respondem claramente quando são chamadas pelo nome.	Não se interessam por jogos de faz-de-conta.
Não se interessam pelo prazer que podem provocar no outro.	Não demonstram atenção compartilhada.	Ausência da fala ou fala sem intenção comunicativa.
Silenciamento de suas manifestações vocais, ausência do balbúcio, principalmente em resposta ao outro.	Ausência do apontar protodeclarativo, na intenção de mostrar algo a alguém.	Desinteresse por outras crianças: preferem ficar sozinhas e, se ficam sozinhas, não incomodam ninguém.
Ausência de movimentos antecipatórios em relação ao outro.	Não há ainda as primeiras palavras ou os primeiros esboços são de palavras estranhas.	Caso tenham tido o desenvolvimento da fala e interação, podem começar a perder essas aquisições.
Não se viram na direção da fala humana a partir dos quatro primeiros meses de vida.	Não imitam pequenos gestos ou brincadeiras.	Já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos e estranhos (por ventiladores, rodas de carrinhos, portas de elevadores).
Não estranham quem não é da família mais próxima, como se não notassem a diferença.	Não se interessam em chamar a atenção das pessoas conhecidas e nem em lhes provocar gracinhas.	Pode aumentar seu isolamento.

Fonte: Assumpção Jr., 2009.

Alguns instrumentos propõem questões que podem nortear os profissionais em atendimentos para a identificação precoce de características clínicas associadas aos TEA em crianças entre um e três anos. As questões que seguem foram inspiradas no questionário do desenvolvimento da comunicação – QDC, no M-CHAT e nos Sinais Preaut e alertam para a necessidade de contar com a avaliação de uma equipe multidisciplinar.

Observação: é importante que sejam situações que aconteçam de modo frequente, para que os pais respondam o que é mais comum em relação ao comportamento da criança.

Entre parênteses, após as perguntas, vêm as respostas tipicamente obtidas dos pais e/ou cuidadores de crianças em risco para o TEA:

- Seu filho tem iniciativa de olhar para seus olhos? Tenta olhar? **(Não)**
- Seu filho tenta chamar sua atenção? **(Não)**
- É muito difícil captar a atenção do seu filho? **(Sim)**

- Seu filho tenta provocá-lo para ter uma interação com você e lhe divertir? Ele se interessa e tem prazer numa brincadeira com você? **(Não)**
- Quando seu bebê se interessa por um objeto e você o guarda, ele olha para você? **(Não)**
- Enquanto joga com um brinquedo favorito, ele olha para um brinquedo novo se você o mostra? **(Não)**
- Seu filho responde pelo seu nome quando você o chama sem que ele lhe veja? **(Não)**
- O seu filho mostra um objeto olhando para seus olhos? **(Não)**
- O seu filho se interessa por outras crianças? **(Não)**
- O seu filho brinca de faz-de-conta, por exemplo, finge falar ao telefone ou cuida de uma boneca? **(Não)**
- O seu filho usa algumas vezes seu dedo indicador para apontar, para pedir alguma coisa ou mostrar interesse por algo? (É diferente de pegar na mão, como se estivesse usando a mão). **(Não)**
- Seu filho, quando brinca, demonstra a função usual dos objetos? Ou, em vez disso, coloca-os na boca ou joga-os fora? **(Não)**
- O seu filho sempre traz objetos até você para mostrar-lhe alguma coisa? **(Não)**
- O seu filho parece sempre hipersensível ao ruído? (Por exemplo, tampa as orelhas). **(Sim)**
- Responde com sorriso ao seu rosto ou ao seu sorriso ou mesmo provoca seu sorriso? **(Não)**
- O seu filho imita você? (Por exemplo, você faz uma careta e seu filho o imita?) **(Não)**
- Seu filho olha para as coisas que você está olhando? **(Não)**
- Alguma vez você já se perguntou se seu filho é surdo? **(Sim)**
- Será que o seu filho entende o que as pessoas dizem? **(Não)**
- A sua criança olha o seu rosto para verificar a sua reação quando confrontado com algo estranho? **(Não)**

Algumas características, apesar de não específicas para identificação de risco para TEA, também devem ser consideradas e investigadas, seja pela frequência com que ocorrem, seja pela dificuldade de manejo que geram. Por exemplo:

- Perda de competências previamente adquiridas;
- Alterações do sono;
- Ataques de raiva;
- Alterações da função alimentar (seletividade, recusa, regurgitação).

As questões e queixas das famílias relativas ao desenvolvimento de seus filhos devem ser sempre escutadas cuidadosamente e valorizadas.

O M-CHAT é uma versão estendida do CHAT, ele foi construído como instrumento de triagem de nível 1 para ser aplicado por profissionais pediatras aos pais de crianças com 18 a 24 meses de idade.

Quadro 47 – Instrumento de triagem para o TEA

ITENS	ESCALA	
	Sim	Não
• Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc?	Sim	Não
• Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
• Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
• Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
• Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
• Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
• Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
• Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex.: carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
• O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
• O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
• O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex.: tapando os ouvidos)?	Sim	Não
• O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
• O seu filho imita você? (ex.: você faz expressões / caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
• O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
• Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
• Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
• O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
• O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
• O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
• Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
• O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
• O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
• O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

Fonte: BRASIL, 2013.

Algoritmo de pontuação:

Para todos os itens, exceto os itens 2, 5 e 12, a resposta “**NÃO**” indica risco de TEA; para os itens 2, 5 e 12, a resposta “**SIM**” indica risco de TEA. O seguinte algoritmo maximiza as propriedades psicométricas do M-CHAT-R:

Baixo risco: Pontuação total é de 0-2; se a criança tiver menos de 24 meses, repetir o M-CHAT-R aos 24 meses. Não é necessário qualquer outra medida, a não ser que a vigilância indique risco de TEA.

Risco moderado: Pontuação total é de 3-7; administrar a Entrevista de Seguimento (segunda etapa do M-CHAT-R/F) para obter informação adicional sobre as respostas de risco. Se a pontuação do M-CHAT-R/F continuar a ser igual ou superior a 2, a criança pontua positivo na triagem. Medidas necessárias: encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e para avaliação da necessidade de intervenção. Se a pontuação da Entrevista de Seguimento for 0-1, a criança pontua negativo. Nenhuma outra medida é necessária, a não ser que a vigilância indique risco de TEA. A criança deverá fazer a triagem novamente em futuras consultas de rotina.

Alto risco: Pontuação total é de 8-20; pode-se prescindir da Entrevista de Seguimento e encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e também para avaliação da necessidade de intervenção.

Os especificadores de gravidade podem ser usados para descrever, de maneira sucinta, a sintomatologia atual (que pode situar-se aquém do nível 1), com o reconhecimento de que a gravidade pode variar de acordo com o contexto ou oscilar com o tempo. A gravidade de dificuldades de comunicação social e de comportamentos restritos e repetitivos deve ser classificada em separado.

14.2.1.1 Níveis de Gravidade para Transtorno do Espectro do Autismo

- **Nível 1 “Exigindo apoio”**

Comunicação social: Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são comumente malsucedidas.

Comportamentos restritos e repetitivos: Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

- **Nível 2 “Exigindo apoio substancial”**

Comunicação social: Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.

Comportamentos restritos e repetitivos: Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.

- **Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”**

Comunicação social: Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.

Comportamentos restritos e repetitivos: Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.

Um diagnóstico definitivo de transtorno do espectro do autismo só pode ser firmado após os três anos de idade. Porém, os indícios e a identificação de tendência para os TEA aparecem cedo. Há dados importantes sobre o diagnóstico na publicação sobre a linha de cuidado em autismo, do Ministério da Saúde.

Comorbidades:

Epilepsia e outros quadros neurológicos: As crises convulsivas são mais comuns na população com TEA do que na população geral e podem se manifestar já nos primeiros anos de vida ou aparecer durante a adolescência. Além disso, pessoas com transtorno do espectro autista podem apresentar outras afecções neurológicas, desde a presença de sinais neurológicos inespecíficos até a presença de quadros clínicos precisos, muitos deles de origem genética conhecida (tais como síndrome do X frágil, de Angelman e Williams, neurofibromatose, esclerose tuberosa, entre outros).

Deficiência Intelectual: Hoje se considera que até três quartos das pessoas com transtorno do espectro do autismo também têm associado algum grau de deficiência intelectual.

Depressão e ansiedade: Quadros depressivos e ansiosos representam as comorbidades mais comuns em adolescentes e adultos com síndrome de Asperger, podendo estar presentes, em menor frequência, nas demais pessoas com TEA.

De um modo geral, as dificuldades em lidar com as sutilezas da interação social, a sensação de falhar repetidamente em atingir as expectativas próprias ou alheias e as experiências de intimidação (*bullying*) na escola são fatores que propiciam maior vulnerabilidade dessas pessoas a essas formas de sofrimento.

Comorbidades clínicas: Crianças pequenas com transtorno do espectro autista têm incidência mais alta do que o esperado de infecções do trato respiratório superior e de outras infecções menores. Sintomas gastrintestinais comumente encontrados entre crianças com transtorno do espectro autista incluem eructação excessiva, constipação e aumento do trânsito intestinal. Há também aumento da incidência de convulsões febris.

Algumas não apresentam elevações de temperatura com doenças infecciosas menores e podem não manifestar o mal-estar típico de crianças doentes. Em alguns casos, os problemas de

comportamento e os relacionamentos parecem melhorar de forma acentuada durante uma doença menor, o que pode ser um sinal de doença física.

14.2.2 Diagnósticos Diferenciais

Deficiência Intelectual: Uma criança com deficiência intelectual, apesar do início precoce de seus prejuízos geralmente não manifesta a gama de limitações na interação, na comunicação e no repertório de interesses presentes no TEA.

Porém, crianças com deficiência intelectual grave podem apresentar características autistas, o que costuma ser diagnosticado como “autismo atípico”.

Distúrbios Específicos de Linguagem (DEL): As crianças com DEL apresentam vários graus de dificuldades de linguagem desde o início do seu desenvolvimento e que podem atingir a linguagem escrita.

São também quadros com grandes variações fenotípicas e que frequentemente geram dificuldades sociais e de comportamento que podem acarretar a necessidade de um diagnóstico diferencial com TEA. Períodos relativamente curtos de terapia fonoaudiológica com foco no uso funcional da linguagem facilitam esse diagnóstico, na medida em que as crianças com DEL tendem a responder melhor à terapia, especialmente no que diz respeito à adequação social e de comportamento, embora frequentemente as dificuldades de linguagem sejam duradouras.

Mutismo Seletivo: As crianças com esta condição apresentam inibição para falar em situações sociais ou na presença de estranhos, mas se comunicam por gestos, expressões faciais ou monossílabos e frequentemente usam a linguagem no ambiente doméstico.

Depressão: As depressões podem se apresentar como intensa passividade, quietude ou falta de expressões da mímica facial. Quanto menor for a criança, mais difícil será o diagnóstico diferencial, sendo necessários o acompanhamento longitudinal e a estimulação constante, para se avaliar a possibilidade de resposta da criança.

Transtorno Reativo de Vinculação: A criança apresenta prejuízos no vínculo social, iniciados nos primeiros anos de vida, em decorrência de negligência ou de cuidados insuficientes e inadequados (por institucionalização prolongada, pobreza extrema, etc). Pode haver evitação do contato, diminuição da reatividade emocional, hipervigilância, reações agressivas, mas não existem os prejuízos na comunicação nem as estereotipias ou os comportamentos repetitivos encontrados no TEA. A dúvida entre os dois diagnósticos muitas vezes é resolvida quando os problemas na oferta de cuidados à criança são sanados (por exemplo, colocação dela em um lar adotivo). Assim, as crianças com transtorno de vinculação passam rapidamente a apresentar relações e respostas afetivas e sociais adequadas.

Surdez: Quando há suspeita de TEA devido à falta de comunicação verbal e à falta de resposta aos estímulos sonoros, pode ser necessário descartar o diagnóstico de surdez. A criança surda mantém a capacidade de estabelecer comunicação não verbal por gestos e pelo olhar, desde que esteja se desenvolvendo em um ambiente comunicativo e acolhedor. Infelizmente, não são raros os casos de crianças surdas que estão se desenvolvendo em ambientes negligentes e pouco

atentos, que geram na criança uma aparente “falta de necessidade dese comunicar”. Nesses casos, a observação longitudinal em ambiente estimulador pode favorecer o diagnóstico.

Por outro lado, as crianças com TEA não surdas facilmente mostram que escutam, sendo atraídas ou se incomodando com uma série de barulhos, embora ignorando outros, especialmente a interpelação direta feita a elas.

Pode ocorrer a associação entre TEA e surdez. Neste caso, é necessário estabelecer os dois diagnósticos e considerar cuidados específicos para cada patologia.

14.2.3 Tratamento

14.2.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

A APS ocupa o lugar de ordenadora das diferentes Redes de Atenção à Saúde, sendo uma das portas principais de entrada no SUS. É no âmbito da APS que ocorre o acompanhamento ao longo da vida das pessoas e, no caso da organização da atenção às pessoas com TEA, destaca-se o acompanhamento do pré-natal e do processo de desenvolvimento infantil. Considera-se, portanto, fundamental a importância da construção de cumplicidade na relação entre os profissionais e as famílias, garantindo escuta qualificada às diversas necessidades de saúde e às diferentes formas de expressão de sofrimento.

Conforme a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012, os CAPS podem oferecer um amplo conjunto de ações voltadas à construção de autonomia e inserção social de pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência. As diferentes abordagens, bem como a intensidade do cuidado ofertado pelo CAPS, deverão ser plásticas às singularidades das demandas das pessoas com TEA e de suas famílias e deverão incluir outros pontos de Atenção da Saúde e de outros setores que disponham de recursos necessários à qualidade da atenção, como as Unidades Básicas de Saúde, os Centros Especializados de Reabilitação (CER) e as instituições de ensino, os Serviços de Assistência Social, trabalho, esporte, cultura e lazer.

Em Joinville existe o NAIPE DI/TEA que atende os usuários com TEA, ver critérios de acesso descritos anteriormente neste documento.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o direcionamento das ofertas de cuidado construído a partir da identificação das necessidades dos sujeitos e de suas famílias, em seus contextos reais de vida, englobando diferentes dimensões. O PTS deve ser composto por ações dentro e fora do serviço e deve ser conduzido, acompanhado e avaliado por profissionais ou equipes de referência junto às famílias e às pessoas com TEA. Ele deve ser revisto sistematicamente, levando-se em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial (com vistas à produção de autonomia) e a garantia dos direitos.

O tratamento da pessoa com TEA deve oferecer recursos e alternativas para que se ampliem seus laços sociais, suas possibilidades de circulação e seus modos de estar na vida. Deve ampliar suas formas de se expressar e se comunicar, favorecendo sua inserção em contextos diversos.

Como citado anteriormente, deve-se apostar no sujeito e tentar com cuidado se aproximar da maneira como ele se expressa para seguir em direção a outras atividades.

Para além do investimento em situações que envolvem a necessidade de certo treinamento (como, por exemplo, para compartilhamento de regras sociais, cuidados de higiene, alimentação, vestuário), toda aprendizagem precisa ser realizada buscando-se a aposta num sentido específico para aquela família e aquela pessoa, respeitando sua cultura e suas possibilidades.

São objetivos específicos genéricos, num projeto:

- a) Identificar habilidades preservadas, potencialidades e preferências de cada usuário, bem como áreas comprometidas (o que, como, o quanto);
- b) Compreender o funcionamento individual de cada usuário, respeitando seus limites e suas possibilidades de desenvolvimento;
- c) Elaborar e desenvolver um programa individualizado de tratamento por meio da aprendizagem de novas habilidades, ampliando os repertórios de potencialidades e reduzindo comportamentos mal adaptativos ou disfuncionais;
- d) Desenvolver ou melhorar as habilidades de autocuidado, propiciando maior autonomia;
- e) Desenvolver habilidades sociais, com o objetivo de melhorar o repertório social dos usuários para proporcionar interações sociais mais positivas. Quando necessário, desenvolver ou melhorar habilidades básicas de interações sociais, como, por exemplo, o contato visual, responder a um cumprimento por gestos;
- f) Melhorar a qualidade do padrão de comunicação, seja verbal ou não verbal. Alguns recursos adicionais podem ser utilizados para possibilitar a comunicação, como o uso do PECS (*Picture Exchange Communication System*), que permite a comunicação por meio do uso de troca de figuras;
- g) Reduzir ou extinguir repertórios inadequados e comportamentos mal adaptativos, que dificultam a interação social ou aquisição de novas habilidades, como agitação psicomotora, comportamentos auto ou hétero agressivos e estereotipias;
- h) Realizar orientações frequentes aos pais ou cuidadores de modo a inseri-los no programa de tratamento, proporcionando novas situações de aprendizagem, não apenas durante as sessões, mas tendo os cuidadores como coterapeutas, reproduzindo as orientações recebidas e possibilitando a replicação dos comportamentos adequados em outros contextos;
- i) Orientar, de maneira uniformizada, os demais profissionais envolvidos, tanto de saúde como de educação, no cuidado e no manejo dos usuários.

As pessoas com transtornos globais do desenvolvimento têm o direito à escola comum, em todos os níveis, etapas e modalidades de ensino, em todo o território nacional, bem como a receber os apoios necessários para o atendimento às necessidades específicas individualizadas ao longo de toda a trajetória escolar.

A partir de 2008, as orientações do Ministério da Educação para a oferta de escolarização comum em todos os níveis e modalidades de ensino, desenvolvidas desde 2003, por meio do

“Programa Educação Inclusiva: Direito à Diversidade”, passam a constar em documento denominado “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva”, redimensionando o conceito e a organização da educação especial em todo o território nacional.

Sobre a inclusão social de crianças do espectro autista:

- 1) O NAIPE precisa se organizar para poder montar projetos terapêuticos individuais para pessoas do espectro autista, montando contatos com as escolas que os educam;
- 2) Cabe aos pais do aluno com transtorno do espectro autista a decisão de compartilhamento do diagnóstico com a equipe escolar e com a equipe de saúde, em qualquer serviço;
- 3) Cabe a eles também consentirem a menção do diagnóstico em documentos e indicar quais membros da comunidade escolar terá acesso ao mesmo;
- 4) A conscientização sobre os autismos são uma tarefa que as equipes de saúde mental podem desenvolver em conjunto com as equipes pedagógicas, das escolas;
- 5) Para o sucesso das intervenções de inclusão, o NAIPE e a escola deve incentivar os pais a consentirem o compartilhamento do diagnóstico com todos os profissionais que trabalham diretamente com seu filho, nos vários ambientes sociais;
- 6) Antes do início do ano letivo, o professor deve definir os objetivos educacionais a serem alcançados, o tempo e suporte necessários, além de estabelecer critérios objetivos de avaliação. A equipe do NAIPE pode participar com sugestões e relatórios de apoio;
- 7) Adequar o programa terapêutico do NAIPE DI/TEA e o currículo escolar a partir do estilo cognitivo individual, preocupando-se com a estimulação das funções neuropsicológicas necessárias ao aprendizado eficiente. A adequação curricular não significa simples redução, mas a forma como o conteúdo é apresentado ao aluno em foco;
- 8) Identificar intolerância aos estímulos auditivos, bem como tempo de tolerância durante aprendizado em sala de aula;
- 9) Pessoas com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam exagerado apego a rotinas. Dessa forma, a equipe deve facilitar a previsibilidade da rotina usando preditores visuais como agendas ilustradas, calendários e sequência das atividades, indicando o que vai acontecer e em quais momentos.

14.2.3.2 Tratamento Medicamentoso

Até o momento, não foram desenvolvidos medicamentos específicos para os transtornos do espectro do autismo. Os psicofármacos atualmente disponíveis não tratam propriamente dos transtornos do autismo, pois não produzem melhoras nas características centrais, como as dificuldades sociais e de comunicação ou as limitações nas brincadeiras e nos interesses.

Os medicamentos têm como objetivos certos sintomas acessórios quando indicam sofrimento e/ou prejudicam intensamente a convivência da pessoa com TEA em seu meio familiar, escolar e em outros âmbitos. Dentre esses “sintomas-alvo” se destacam as condutas agressivas e autolesivas, os episódios de raiva e descontrole, as dificuldades para conciliar o sono e a inquietude

extrema. Algumas estereotípias motoras ou comportamentos repetitivos também podem ser atenuados com o uso de medicação psiquiátrica. Alguns usuários utilizam fármacos por longo prazo. Nestes, os efeitos adversos devem ser analisados cuidadosamente durante a escolha do medicamento e na sequência das tomadas.

Os neurolépticos têm efeitos importantes para abrandar sintomas psicóticos. Entre eles, a **levomepromazina** (para problemas graves de insônia e comportamento agitado noturno), a **clorpromazina**, o **haloperidol** e a risperidona. Em especial o **haloperidol e a risperidona** têm evidenciado resultados positivos, incluindo redução de agressividade, da irritabilidade e do isolamento. Seus efeitos colaterais mais comuns são a sonolência, tontura, a salivação excessiva e o ganho de peso.

14.3 Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Os transtornos hipercinéticos, ditos transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), constituem um grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva.

Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras do que por desafio deliberado.

Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham freqüentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias podem incluir desde a perda de autoestima até um comportamento com tendências dissociais.

14.3.1 Avaliação e Diagnóstico

F90 Transtornos hipercinéticos

Exclui: esquizofrenia (F20.), transtornos ansiosos (F41.), transtornos globais do desenvolvimento (F84.), transtornos do humor [afetivos] (F30-F39).

F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção

- Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade;
- Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade;
- Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção.

F90.1 Transtorno hipercinético de conduta

- Transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta.

F90.8 Outros transtornos hipercinéticos

F90.9 Transtorno hipercinético não especificado

- Reação hipercinética da infância ou da adolescência sem outra especificação;
- Síndrome hipercinética sem outra especificação.

F98.8 Outros transtornos comportamentais e emocionais especificados com início habitualmente na infância ou adolescência

Déficit de atenção sem hiperatividade.

Os principais sinais de hiperatividade e impulsividade baseiam-se na história pré-natal detalhada dos padrões de desenvolvimento precoce de uma criança e na observação direta da mesma, em especial em situações que requerem atenção. A hiperatividade pode ser mais grave em algumas situações (p. ex., escola) e menos acentuada em outras (p. ex., entrevistas individuais), e ser menos óbvia em atividades prazerosas estruturadas (esportes).

O diagnóstico de TDAH requer sintomas persistentes e prejudiciais de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causem prejuízo em pelo menos duas situações diferentes. Por exemplo, muitas crianças afetadas têm dificuldades na escola e em casa.

O diagnóstico é clínico, feito pela anamnese e pelo exame das funções psíquicas. Não há exames laboratoriais, de imagens cerebrais ou testes psicológicos que possam definir se uma pessoa se enquadra ou não nos critérios da CID-10 ou do DSM-5 para os transtornos hipercinéticos e de atenção. O ideal, neste tipo de quadro, é trabalhar com as duas classificações, simultaneamente.

De modo simplificado, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade do DSM-5 é composto por três características básicas: a dificuldade de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. O transtorno inclui, pois, três subtipos:

- Um subtipo combinado em que todos os três sinais indispensáveis ao diagnóstico estão presentes (hiperatividade, desatenção e impulsividade);
- Um subtipo com predominância de desatenção, com pouca hiperatividade ou impulsividade;
- Um subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo no qual a hiperatividade e a impulsividade existem, mas não a desatenção.

Ao contato com uma criança ou um adolescente suspeito de ter sintomas do transtorno, a primeira questão a ser examinada pelo especialista é a da **frequência** dos sintomas.

Outra questão é a da **duração** dos sintomas de desatenção ou de hiperatividade e de impulsividade. Normalmente, as crianças com TDAH apresentam uma história de vida **desde a idade pré-escolar** com a presença de sintomas ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia.

A presença de sintomas de desatenção com hiperatividade e impulsividade por curtos períodos (dois a três meses), iniciados claramente após um desencadeante psicossocial (por exemplo, a separação dos pais) deve alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade sejam sintomas de outro quadro, e não de TDAH.

É importante que a **persistência dos sintomas**, em vários locais e ao longo do tempo, seja avaliada. Os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade precisam ocorrer **em vários ambientes** da vida da criança (por exemplo, escola e casa):

Na CID-10 convencionou-se que sejam necessários seis sintomas de desatenção, três de hiperatividade e um de impulsividade.

No **DSM-5** foi definido um número mínimo de sintomas como necessários para o diagnóstico: seis sintomas de desatenção com duração mínima de 6 meses e 6 sintomas de hiperatividade ou de impulsividade com duração mínima de 6 meses. Os sintomas são os seguintes:

A. Desatenção:

- Dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho;
- Dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- Parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- Não seguir instruções;
- Não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais;
- Dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- Evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante;
- Perder coisas necessárias para tarefas ou atividades;
- Distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias.

B. Hiperatividade:

- Agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira;
- Abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- Correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado;
- Dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- Estar freqüentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo o vapor”;
- Falar em demasia.

C. Impulsividade:

- Frequentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas;
- Com frequência ter dificuldade em esperar a sua vez;
- Frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros.

A estes sintomas somam-se outros critérios, que devem também estar presentes:

- Alguns sintomas de hiperatividade e impulsividade ou desatenção que causam prejuízo devem estar presentes antes dos 12 anos de idade.
- Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola, trabalho e em casa, por exemplo).
- Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

- Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhores explicados por outro transtorno mental.

O construto do transtorno **não é categorial**: não há sinais ou sintomas próprios ou específicos do quadro, que não existam na população normal. O construto é dimensional: os sinais e sintomas, em dimensões pequenas, podem existir em qualquer pessoa, em toda a população. **Só constituem transtorno quando em dimensões grandes**, mostrando-se exageradas em relação ao normal estatístico, e com graves prejuízos:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Questionários e escalas a serem preenchidas pelos pais ou pelos professores são polêmicos e duvidosos. Não há evidências científicas de que este tipo de questionário possa, efetivamente, auxiliar na montagem de um diagnóstico. Os profissionais de saúde devem, pois, desencorajar que as escolas se utilizem de tais questionários ou de outros métodos de *screening* para buscarem definir crianças desatentas ou hiperativas.

Contudo, a escala de problemas de atenção da lista de comportamentos infantis CBCL (*Child Behavior Checklist*), pode ser uma informação adjuvante ao médico que fará o diagnóstico clínico, especialmente para os transtornos do tipo combinado, mas são contingentes e não devem ser interpretadas como métodos para garantir ou validar diagnósticos, pois dão falsos positivos muito frequentes em ambientes culturais sul brasileiros.

Os questionários experimentais denominados SNAP-IV e Adult Self-Report Scale não estão validados para uso no Brasil e são de uso altamente polêmico. Não devem, portanto, ser utilizados, exceto em ambientes acadêmicos de investigação, seguindo-se as regras de pesquisa em seres humanos voluntários. Sofrem críticas severas ao serem empregados no cotidiano da clínica.

Etiologia

Temperamentais: O TDAH está associado a níveis menores de inibição comportamental, de controle à base de esforço ou de contenção, a afetividade negativa e/ou maior busca por novidades. Esses traços predis põem algumas crianças ao TDAH, embora não sejam específicos do transtorno.

Ambientais: Muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas) confere um risco 2 a 3 vezes maior para TDAH, embora a maioria das crianças com baixo peso ao nascer não desenvolva transtorno. Embora o TDAH esteja correlacionado com tabagismo na gestação, parte dessa associação reflete um risco genético comum. Uma minoria de casos pode estar relacionada a

reações a aspectos da dieta. Pode haver história de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxina (p. ex., chumbo), infecções (p. ex., encefalite) ou exposição ao álcool no útero. Exposição a toxinas ambientais foi correlacionada com TDAH subsequente, embora não se saiba se tais associações são causais.

Genéticos e Fisiológicos: O TDAH é frequente em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno. A herdabilidade do TDAH é substancial. Enquanto genes específicos foram correlacionados com o transtorno, eles não constituem fatores causais necessários ou suficientes.

Deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas, transtornos do sono, deficiências nutricionais e epilepsia devem ser considerados influências possíveis sobre sintomas de TDAH.

O TDAH não está associado a características físicas específicas, ainda que taxas de anomalias físicas menores (p. ex., hipertelorismo, palato bastante arqueado, baixa implantação de orelhas) possam ser relativamente aumentadas. Atrasos motores sutis e outros sinais neurológicos leves podem ocorrer. (Notar que falta de jeito e atrasos motores comórbidos devem ser codificados em separado [p. ex., transtorno do desenvolvimento da coordenação]).

Modificadores do Curso: Padrões de interação familiar no começo da infância provavelmente não causam TDAH, embora possam influenciar seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta.

14.3.2 Diagnóstico Diferencial

Primeiramente, deve ser considerado um temperamento consistindo em alto nível de atividade e período de atenção curto, mas com variação normal de expectativa para a idade da criança. Diferenciar essas características temperamentais dos sintomas fundamentais de TDAH antes dos 3 anos é difícil, principalmente devido aos aspectos sobrepostos de um sistema nervoso imaturo e ao aparecimento de sinais de prejuízos visuais, motores e perceptivos que costumam estar relacionados ao transtorno. A ansiedade precisa ser avaliada. Ela pode acompanhar o transtorno como um aspecto secundário, e ansiedade por si só pode ser manifestada por hiperatividade e fácil distratibilidade.

Mania e TDAH compartilham muitos aspectos centrais, como verbalização excessiva, hiperatividade motora e altos níveis de distratibilidade. Além disso, em crianças com mania, a irritabilidade parece ser mais comum do que a euforia. Ainda que mania e TDAH possam coexistir, crianças com transtorno bipolar tipo I exibem mais oscilações de sintomas do que aquelas com TDAH.

Com frequência, transtorno da conduta e TDAH coexistem, e ambos podem ser diagnosticados. Transtornos de aprendizagem de vários tipos também devem ser diferenciados de TDAH; uma criança pode ser incapaz de ler ou de fazer exercícios matemáticos devido a um transtorno de aprendizagem, e não pela desatenção.

O TDAH muitas vezes coexiste com um ou mais transtornos de aprendizagem, incluindo transtorno da leitura, transtorno da matemática e transtorno da expressão escrita ser generalizadas

e não caracterizadas por movimentos estereotipados repetitivos. No transtorno de Tourette, tiques múltiplos e frequentes podem ser confundidos com a inquietude generalizada do TDAH. Pode haver necessidade de observação prolongada para que seja feita a distinção entre inquietude e ataques de múltiplos tiques.

14.3.3 Tratamento

14.3.3.1 Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

A diretriz da Academia Americana de Pediatria prega que o tratamento do TDAH vai depender da idade do usuário:

- Para pré-escolares (4-5 anos) o tratamento de primeira escolha deve ter como base as terapias de comportamento administradas por pais ou professores (ou ambos);
- Para crianças de 6 a 11 anos, deve-se prescrever fármacos aprovados para o tratamento do TDAH ou terapias de comportamento administradas por pais ou professores, ou, preferencialmente, por ambos;
- Para adolescentes (12-18 anos) deve-se prescrever fármacos aprovados para o tratamento do TDAH e pode-se recomendar terapias de comportamento administradas por pais ou professores, preferentemente por ambos.

Além dos limites do serviço de saúde, englobando intervenções psicoterápicas e farmacológicas, a abordagem precisa ser múltipla e intersetorial, com a participação de agentes sociais como pais, outros familiares, educadores, profissionais de saúde, além da própria criança.

O serviço de saúde pode orientar os profissionais da educação, no sentido de melhorar sua visão de que o problema é apenas um transtorno na saúde mental do aluno, levando as escolas a assumir diferenças individuais e melhorar suas habilidades no manejo de pessoas com necessidades escolares especiais.

O treinamento parental vem sendo bastante aplicado, aparentemente com melhoras no comportamento da criança e na ansiedade dos pais.

Uma psicoterapia ou grupos terapêuticos, envolvendo os pais e os professores, engloba o treinamento com um profissional habilitado, objetivando a discussão familiar sobre o transtorno, os problemas de comportamento das crianças e as dificuldades nas relações familiares.

Alguns programas interssetoriais poderão ser montados para ajudar os pais a lidar melhor com essa condição. Tais programas visariam treinar a criança para o desenvolvimento de habilidades sociais, por meio de técnicas sobre como ajustar seu comportamento em circunstâncias variadas, de interação em ambientes sociais. Há evidências de que este treino das crianças, por si, se não for integrado a um contexto mais amplo, tem pouca utilidade.

Abordagem psicossocial: Algumas abordagens comprovadamente eficazes para o manejo do TDAH, além da farmacoterapia, incluem:

- Treinamento de pais em manejo de contingências (trabalhando o reforçamento comportamental);
- Aplicação do manejo de contingências em sala de aula;

- A combinação de ambas as estratégias.

Nenhum destes tratamentos promove a cura do TDAH, mas causam uma redução temporária dos sintomas e das dificuldades associadas ao problema.

Síntese do Programa para Treino de pais em relação ao manejo do comportamento da criança ou adolescente com TDAH.

Passos do programa:

- Fornecer informações sobre o TDAH: características, evolução, prognóstico e etiologia do TDAH, associadas a material de leitura e vídeos. Auxilia a modificar crenças incorretas sobre o problema;
- Discutir causas do comportamento opositivo: fatores que contribuem para a presença de comportamentos opositivos em crianças com TDAH, incluindo:
 - Características da criança: saúde, idade, temperamento e dificuldades;
 - Características dos pais: saúde, idade, temperamento e dificuldades;
 - Conseqüências do comportamento opositivo e coercitivo;
 - Estressores familiares.
- Desenvolver um repertório reforçador e de atenção nos pais: orientar em relação ao papel do reforço sobre o comportamento da criança; treinar os pais para reforçar comportamentos adequados e ignorar os inadequados; enfatizar a necessidade de aumentar substancialmente a frequência de reforços e de atenção aos comportamentos socialmente adequados e de adesão da criança;
- Orientar os pais a prestarem atenção nas brincadeiras e comportamentos adequados, fornecer comandos diretos e aumentar a frequência de reforço para comportamentos adequados; treinar na utilização de comandos diretos: Ex: substituir questões como “Por que você não guarda seus brinquedos?” por comandos diretos como “Guarde seus brinquedos na caixa”; Treinar para o fornecimento de atenção positiva freqüente e sistemática quando a criança engajar-se em atividades adequadas enquanto os pais realizam outras atividades;
- Estabelecer um sistema de fichas: Crianças com TDAH requerem conseqüências mais frequentes e imediatas para manter comportamentos adequados, que podem ser fornecidas por meio de um sistema de fichas;
- Treinar na utilização de *time-out* para desobediência: treinar na utilização de custo de resposta (*time-out* do reforço) frente a comportamentos de desobediência, a ser utilizado logo após o início de dois tipos de comportamentos inadequados por parte da criança, escolhidos anteriormente em acordo entre pais e criança;
- Treinar os pais para utilizar *time-out* ampliado para comportamentos adicionais de desobediência;
- Treinar os pais para manejar problemas de comportamentos exibidos em locais públicos;
- Auxiliar os pais a melhorar o comportamento do filho na escola: relatório escolar diário;
- Ensinar os pais a manejar problemas comportamentais futuros.

Sugere-se alguns temas a serem trabalhados em conjunto com a família e os professores:

- Orientação da família que concorda em procurar ajuda;
- Manter encontros frequentes de profissional de saúde mental com a família;
- Manter contato com outros especialistas da escola ou que estejam em contato com o aluno;
- Ter uma dose extra de paciência;
- Incentivar os professores a elogiar seu aluno quando conseguir se comportar ou realizar algo;
- Deixar que o aluno se sinta próximo ao professor e a colegas afetivos e positivos;
- Evitar que janelas, portas ou coisas possam distraí-los;
- Deixar regras claras, explícitas e visíveis;
- Estabelecer contato com a criança pelo olhar;
- Falar baixo e de forma clara, de forma gentil e afetuosa;
- Dar orientações curtas e claras;
- Dividir as tarefas complexas em várias partes, com orientações simples;
- Esperar pela resposta do aluno, cada um tem seu tempo;
- Repetir ordens sempre que for necessário;
- Ensinar o aluno a usar a agenda;
- Estabeleça metas individuais;
- Alternar métodos de ensino, evitando aulas repetitivas e monótonas;
- Deixar o aluno ser ajudante do professor;
- Deixar o aluno sair por alguns instantes da sala, se estiver muito agitado;
- Possibilitar o uso de equipamentos eletrônicos, multimídia.

Sugestões práticas que viabilizam facilitar o manejo comportamental da criança ou adolescente em sala de aula.

Sugestões para sala de aula:

- Adaptar quantidade de tarefas em sala à capacidade de atenção da criança;
- Modificar estilo de ensino e currículo (ex. incluir atividades que envolvem participação);
- Utilizar regras externas (ex. posteres, auto-verbalizações);
- Fornecer reforçamento frequente e utilizar custo de resposta;
- Utilizar conseqüências imediatas para o comportamento;
- Utilizar reforços de maior magnitude (ex. sistema de fichas);
- Estabelecer limite de tempo para conclusão de tarefas;
- Estabelecer hierarquia para custo de resposta em sala de aula;
- Se as estratégias anteriores não forem efetivas, considerar reunião com pais e encaminhamento da criança;
- Coordenar as estratégias utilizadas na escola com aquelas utilizadas pelos pais em casa;
- Controlar o próprio estresse e frustração ao lidar com a criança.

14.3.3.2 Tratamento Medicamentoso

Em caso do médico assistente considerar o uso de medicamento para uma criança hiperativa, deverá fazer não só um completo exame das funções psíquicas, como também um exame geral. O eletrocardiograma é interessante, logo ao início do tratamento. O médico deve incluir a avaliação de outras afecções que podem coexistir com o TDAH.

Os medicamentos de primeira escolha são os estimulantes do sistema nervoso central. Paradoxalmente eles estimulam áreas depressoras.

Quadro 48 – Fármacos tradicionais úteis no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

MEDICAMENTO	DOSE INICIAL	DOSE USUAL	OBSERVAÇÕES
IMIPRAMINA	1 mg/kg/dia, estabilizando em 2 a 5 mg/kg/dia, somente para crianças com mais de 5 anos de idade	4 mg/kg ou 200 mg	ECG antes do uso. Fazer avaliação cardiológica.
AMITRIPTILINA	1,6 mg/kg/dia, somente em crianças maiores de 12 anos (adolescentes)	12,5 a 50 mg/dia	ECG antes do uso. Fazer avaliação cardiológica.

Fonte: SES/SC, 2015.

Uso Terapêutico de Metilfenidato (não disponível no elenco da REMUME Joinville, prescritos conforme critério médico): A apresentação disponível de metilfenidato é a de metilfenidato 10 mg comprimido (sulcado), de liberação rápida.

Deve ser prescrito nas seguintes posologias: é prudente calcular as dosagens segundo o peso do usuário 0,3 mg/kg/dose ou 2,5 a 5 mg/dose via oral por uma ou duas vezes ao dia, aumentando em incrementos de 0,1 mg/kg/dose ou 5-10 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 2 mg/kg/ dia ou 60 mg/dia.

Se não for observada melhora dos sintomas após os ajustes de dosagem durante um mês, o medicamento deve ser descontinuado. Se os sintomas se agravarem ou ocorrerem outras reações adversas, reduzir a dose ou, se necessário, descontinuar o medicamento.

Em algumas crianças, ocorre insônia, causada pela redução da ação do medicamento à noite. Tais crianças podem então retornar ao seu nível normal de atividade ou distração. Uma dose adicional de curta ação por volta das 20 horas pode resolver esse problema.

Uma dose-teste antes de dormir é recomendada para esclarecimento. O metilfenidato deve ser periodicamente descontinuado a fim de se avaliar a criança. A melhora pode ser mantida, quando o fármaco é descontinuado temporária ou permanentemente. O tratamento medicamentoso não pode e não precisa ser indefinido. Deve geralmente ser descontinuado durante ou após a puberdade.

Os efeitos colaterais incluem ansiedade, tensão, agitação, hipertireoidismo, arritmia cardíaca, angina do peito grave e glaucoma. É contraindicado a usuários com tiques motores, com

parentes com tiques e história familiar ou diagnóstico de síndrome de Gilles de la Tourette. Também é contraindicado nos casos de hipersensibilidade ao metilfenidato.

Em alguns casos mais chamativos, a indicação de medicamento pode encontrar resistência por parte dos pais. Uma discussão clara em relação aos benefícios da medicação e a proposta de uma experiência, por um período curto de tempo, como um ou dois meses, com interrupção caso os efeitos não forem satisfatórios, pode auxiliar a reduzir a relutância dos pais.

Interações farmacológicas:

As principais interações são:

- **Anestésicos gerais:** Risco aumentado de hipertensão quando metilfenidato é dado com anestésicos gerais líquidos voláteis;
- **Antidepressivos:** Metilfenidato possivelmente inibe o metabolismo de inibidores seletivos de recaptação de serotonina e de tricíclicos; risco de crise hipertensiva quando metilfenidato é empregado junto de inibidores da monoaminoxidase (MAO);
- **Anticoagulantes:** Metilfenidato possivelmente reforça o efeito anticoagulante de cumarínicos;
- **Antiepilépticos:** Metilfenidato aumenta a concentração plasmática de fenitoína; metilfenidato possivelmente aumenta a concentração plasmática de primidona;
- **Antipsicóticos:** Metilfenidato possivelmente aumenta os eventos adversos da risperidona;
- **Barbitúricos:** metilfenidato possivelmente aumenta a concentração plasmática de fenobarbital;
- **Clonidina:** Sérios eventos adversos foram notificados com o uso concomitante de metilfenidato e clonidina (causalidade não estabelecida);
- **Álcool:** Efeitos de metilfenidato possivelmente são reforçados pelo álcool.

Contraindicações: Depressão grave, ideação suicida; anorexia nervosa; dependência por álcool ou drogas; psicose, transtorno bipolar sem controle; hipertireoidismo; doença cardiovascular (incluindo insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, hipertensão grave e arritmias), anormalidades cardíacas de estrutura; feocromocitoma.

Durante o tratamento observar as seguintes recomendações:

- Avaliação com Equipe de Saúde Mental na Atenção primária;
- Avaliação de comorbidades e quadros clínicos: a coleta detalhada da história e o exame do estado mental podem ajudar a identificar transtornos comórbidos, inclusive o abuso de substâncias;
- Avaliação periódica para determinar se é indicada redução progressiva do fármaco. Pode-se iniciar tentativa de descontinuação farmacológica caso o usuário se mantenha sem sintomas durante pelo menos 1 ano. As tentativas devem ocorrer em período de férias para evitar complicações nas atividades escolares.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

15 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares (TA) afetam particularmente na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a marcantes prejuízos psicológicos, sociais e aumento de morbidade e mortalidade. Está relacionado ao comportamento alimentar inadequado e incompatível com a saúde física e psíquica, estabelecendo quadros clínicos com sintomatologia específica, grave e complexa.

A cultura narcísica e mercadológica, a superavaliação da aparência, a perda do ritual simbólico da alimentação, a popularização das dietas favorece o aumento da incidência de TA.

A anorexia e a bulimia nervosa são psicopatologias difíceis de serem abordadas. Isto ocorre pela complexidade da etiologia e do quadro. Fatores biológicos, familiares, socioculturais e psicológicos interagem para a instalação e manutenção destes quadros, exigindo equipe especializada, multi e interdisciplinar para o tratamento.

Embora classificados separadamente, a Anorexia Nervosa (NA) e a Bulimia Nervosa (BN) acham-se intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum: uma ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva os usuários a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais usuários costumam julgar a si mesmas baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitas.

Embora a patogenia dos transtornos alimentares seja pouco compreendida, é reconhecido que estes distúrbios frequentemente são acompanhados por outros transtornos psiquiátricos.

As comorbidades prevalentes nos transtornos alimentares seriam: depressão, TOC e transtornos de personalidade. A gravidade dessas comorbidades é bastante acentuada pela má-nutrição e pelos comportamentos alimentares patológicos, mas em alguns casos elas precedem à perda de peso ou alimentação irregular e persistem após o usuário se recuperar do transtorno alimentar.

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Pelos riscos associados, vem sendo considerada um grande problema de saúde pública nos países desenvolvidos. Estima-se que de 2% a 8% dos gastos em tratamentos de saúde em vários países do mundo sejam destinados à obesidade. No Brasil, Monteiro e cols, realizaram um estudo comparando 3 avaliações transversais de base populacional nos anos de 1975, 1989 e 1996. Estes autores descreveram um aumento na velocidade de crescimento da obesidade no nosso país. A Compulsão Alimentar Periódica (CAP) é uma outra síndrome psiquiátrica freqüentemente encontrada nesta população, devido a sua associação com a obesidade.

15.1 Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar (TA) que se caracteriza por perda de peso autoinfligida, acompanhada por distorção da imagem corporal e alterações hormonais secundárias à desnutrição (amenorreia ou ciclos menstruais irregulares, hipogonadismo hipotalâmico, retardo no desenvolvimento da puberdade e redução do interesse sexual).

O termo anorexia não é o mais adequado para definir essa síndrome, já que não necessariamente cursa com perda do apetite. O termo alemão *Magersucht* (busca por magreza) é, do ponto de vista psicopatológico, mais adequado para caracterizar a AN, uma vez que a busca obsessiva pelo controle do peso é o sintoma cardinal da doença.

O curso da AN é potencialmente crônico, com graves manifestações psíquicas e clínicas. Por conseguinte, a AN responde pela maior taxa de morbidade e mortalidade entre todos os transtornos psiquiátricos.

Mulheres entre 15 e 25 anos são o grupo mais atingido pela AN. Apenas 4 a 6% dos usuários pertencem ao sexo masculino.

A anorexia nervosa tem três características essenciais: restrição persistente da ingesta calórica, medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma.

15.1.1 Avaliação e Diagnóstico

Conforme a CID-10:

F50.0 Anorexia nervosa: Anorexia nervosa é um transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo usuário. O transtorno ocorre comumente numa mulher adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer num homem adolescente ou jovem, como numa criança próxima à puberdade ou numa mulher de mais idade até na menopausa. A doença está associada a uma psicopatologia específica, compreendendo um medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, intrusão persistente de uma idéia supervalorizada. Os usuários se impõem a si mesmos um baixo peso. Existe comumente desnutrição de grau variável que se acompanha de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas. Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos.

Exclui: Perda de apetite (R63.0); Psicogênica (F50.8).

F50.01 Tipo restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.

F50.02 Tipo compulsão alimentar purgativa: Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

F50.1 Anorexia nervosa atípica: Transtornos que apresentam algumas das características da anorexia nervosa mas cujo quadro clínico global não justifica tal diagnóstico. Por exemplo, um dos sintomas-chave, tal como um temor acentuado de ser gordo ou a amenorréia, pode estar ausente na presença de uma acentuada perda de peso e de um comportamento para emagrecer. Este diagnóstico não deve ser feito na presença de transtornos físicos conhecidos associados à perda de peso.

Conforme o DSM-5:

- Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física.

Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.

- Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
- Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Especificar se:

Em remissão parcial: Depois de terem sido preenchidos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, o Critério A (baixo peso corporal) não foi mais satisfeito por um período sustentado, porém ou o Critério B (medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento que interfere no ganho de peso), ou o Critério C (perturbações na autopercepção do peso e da forma) ainda está presente.

Em remissão completa: Depois de terem sido satisfeitos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, nenhum dos critérios foi mais satisfeito por um período sustentado.

Especificar a gravidade atual: O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual (ver a seguir) ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC.

Os intervalos abaixo são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para baixo peso em adultos; para crianças e adolescentes, os percentis do IMC correspondentes devem ser usados. O nível de gravidade pode ser aumentado de maneira a refletir sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão.

Leve: IMC \geq 17 kg/m²

Moderada: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Extrema: IMC < 15 kg/m²

A anorexia nervosa começa geralmente durante a adolescência (entre os 11-16 anos) ou na idade adulta jovem. Raramente se inicia antes da puberdade ou depois dos 40 anos, porém casos de início precoce e tardio já foram descritos. O início desse transtorno costuma estar associado a um evento de vida estressante, como deixar a casa dos pais para ingressar na universidade.

A prevalência de 12 meses de anorexia nervosa entre jovens sexo feminino é de aproximadamente 0,4%. Pouco se sabe a respeito da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas o transtorno é bem menos comum no sexo masculino do que no feminino, com populações clínicas em geral refletindo uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1.

O quadro inicia-se quase sempre após uma dieta. Inicialmente, são evitados alimentos ricos em carboidratos e aqueles considerados "engordativos". Com o agravamento do TA, o usuário passa a restringir progressivamente sua alimentação, chegando a abolir a ingesta de grupos alimentares e a minimizar o número de refeições.

Em geral, o quadro clínico é crônico e associado a sérias complicações clínicas decorrentes da desnutrição e dos métodos compensatórios inadequados (indução de vômitos, uso de laxantes e diuréticos, fórmulas para emagrecer, realização de exercício físico excessivo, uso inadequado de insulina e hormônios da tireoide, amamentação com a intenção de perder peso, sangrias autoinfligidas, etc.).

Apesar de ocorrida a perda de peso, o usuário mostra-se constantemente insatisfeito com resultado obtido, referindo manter-se gordo ou que algumas partes de seu corpo ainda precisam ser reduzidas. A distorção de imagem corporal é um dos mais inquietantes fenômenos da psicopatologia.

Há diversas alterações clínicas no decorrer da doença, porém, com a recuperação completa e a manutenção da melhora nutricional, os parâmetros geralmente se normalizam.

Complicações Clínicas na Anorexia Nervosa

Metabólicas e Hidroeletrólíticas

- Hipocalcemia, hiponatremia, hipernatremia, hipomagnesemia;
- Hiperfosfatemia;
- Hipoglicemia, hipercolesterolemia;
- Alcalose metabólica, acidose metabólica.

Neurológicas

- Alargamento dos sulcos cerebrais;
- Dilatação dos ventrículos;
- Atrofia cerebral (reversível).

Oftalmológicas

- Catarata;
- Atrofia do nervo óptico;
- Degeneração da retina;

- Diminuição da acuidade visual.

Endócrinas

- Síndrome do eutiroidiano doente;
- *Pseudocushing*;
- Amenorréia, oligomenorréia;
- Diminuição da libido;
- Infertilidade;
- Atraso ou retardo do desenvolvimento puberal;
- Osteopenia ou osteoporose.

Gastrointestinais

- Esofagite, hematêmese (Síndrome de Mallory-Weiss);
- Retardo do esvaziamento gástrico, redução da motilidade intestinal;
- Constipação;
- Prolapso retal;
- Dilatação gástrica;
- Alteração da função hepática;
- Hiperamilasemia;
- Hipertrofia das glândulas parótidas e submandibulares.

Renais

- Cálculo renal;
- Azotemia pré-renal;
- Insuficiência renal.

Bucomaxilares e fâneros

- Cáries dentárias;
- Queilose;
- Ressecamento cutâneo, pele fria e pálida;
- Hipercarotenemia;
- Calosidade nos dedos ou no dorso das mãos (Sinal de Russel);
- Acrocianose.

Pulmonares

- Taquipnéia, bradipnéia;
- Edema pulmonar;
- Pneumomediastino.

Hematológicas

- Anemia, leucopenia, trombocitopenia, neutropenia.

Sinais e Sintomas Físicos: Muitos dos sinais e sintomas físicos da anorexia nervosa são atribuíveis à inanição. A presença de amenorréia é comum e parece ser um indicador de disfunção

fisiológica. Se presente, a amenorréia costuma ser consequência da perda de peso, porém, em uma minoria dos indivíduos, ela pode, na verdade, preceder a perda de peso.

Em meninas pré-púberes, a menarca pode ser retardada. Além de amenorréia, pode haver queixas de constipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e energia excessiva.

O achado mais marcante no exame físico é a emaciação. É comum haver também hipotensão significativa, hipotermia e bradicardia. Alguns indivíduos desenvolvem lanugo, um pelo corporal muito fino e macio. Alguns desenvolvem edema periférico, especialmente durante a recuperação de peso ou na suspensão do uso indevido de laxantes e diuréticos.

Raramente, petéquias ou equimoses, normalmente nas extremidades, podem indicar diátese hemorrágica. Alguns indivíduos evidenciam tonalidade amarelada na pele, associada à hiper胡萝卜素emia.

Assim como é visto em indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com anorexia nervosa que autoinduzem vômitos podem apresentar hipertrofia das glândulassalivares, sobretudo das glândulas parótidas, bem como erosão do esmalte dentário. Algumas pessoas podem apresentar cicatrizes ou calos na superfície dorsal da mão pelo contato repetido com os dentes ao induzir vômitos.

Exames na Avaliação Inicial e Alterações mais comuns:

- Anemias e alterações hematológicas decorrentes de carências nutricionais específicas e alterações no número de células brancas: 02.02.02.038-0 - HEMOGRAMA COMPLETO
- Desequilíbrios iônicos:
 - 02.02.01.060-0 - DOSAGEM DE POTASSIO
 - 02.02.01.022-8 - DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL
 - 02.02.01.056-2 - DOSAGEM DE MAGNESIO
 - 02.02.01.063-5 - DOSAGEM DE SODIO
 - 02.02.01.43-0 - DOSAGEM DE FOSFORO
- Hipoglicemia e diabetes: 02.02.01.047-3 - DOSAGEM DE GLICOSE
- Sinais mais graves de desnutrição e desequilíbrio proteico: 02.02.01.062-7 - DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES
- Função renal:
 - 02.02.01.069-4 - DOSAGEM DE UREIA
 - 02.02.01.031-7 - DOSAGEM DE CREATININA
- Alterações da tireoide:
 - 02.02.06.025-0 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)
 - 02.02.06.038-1 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)
- Comprometimento pancreático: 02.02.01.042-2 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA
- Função hepática:
 - 02.02.01.064-3 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)
 - 02.02.01.065-1 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

02.02.01.046-5 - DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)

- Arritmias e outras alterações cardiológicas: 02.11.02.003-6 – ELETROCARDIOGRAMA
- Osteopenia e osteoporose: 02.04.06.002-8
- Exames de neuroimagem (RM ou TC): quando houver suspeita de quadro neurológico associado.

15.1.2 Diagnóstico Diferencial

Outras possíveis causas de baixo peso corporal ou perda de peso significativa deverão ser consideradas no diagnóstico diferencial de anorexia nervosa, especialmente quando o quadro for atípico (p. ex., manifestação depois dos 40 anos de idade).

Condições médicas: doença gastrointestinal, hipertireoidismo, malignidades ocultas e síndrome da imunodeficiência adquirida [SIDA]).

Transtorno depressivo maior: No transtorno depressivo maior, pode ocorrer perda de peso grave, mas a maioria dos indivíduos com esse transtorno não manifesta nem desejo de perda de peso excessiva, nem medo intenso de ganhar peso.

Esquizofrenia: Indivíduos com esquizofrenia podem exibir comportamento alimentar estranho e às vezes apresentam perda de peso significativa, mas raramente manifestam o medo de ganhar peso e a perturbação da imagem corporal necessários para um diagnóstico de anorexia nervosa.

Transtornos por uso de substância: Indivíduos com transtornos por uso de substância podem apresentar perda de peso devido à ingestão nutricional deficiente, mas geralmente não temem ganhar peso e não manifestam perturbação da imagem corporal. Indivíduos que abusam de substâncias que reduzem o apetite (p. ex., cocaína, estimulantes) e que também temem ganhar peso deverão ser avaliados cuidadosamente quanto à possibilidade de anorexia nervosa comórbida, considerando-se que o uso indevido da substância pode representar um comportamento persistente que interfere no ganho de peso.

Transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal: Alguns dos aspectos da anorexia nervosa se sobrepõem aos critérios para fobia social, TOC e transtorno dismórfico corporal.

Se o indivíduo com anorexia nervosa tiver temores sociais que se limitam apenas ao comportamento alimentar, o diagnóstico de fobia social não deve ser feito, mas temores sociais não relacionados ao comportamento alimentar (p. ex., temor excessivo de falar em público) podem justificar um diagnóstico adicional de fobia social.

Da mesma maneira, um diagnóstico adicional de TOC deverá ser considerado apenas se o indivíduo exibir obsessões e compulsões não relacionadas a alimento (p. ex., medo excessivo de contaminação), e um diagnóstico adicional de transtorno dismórfico corporal deverá ser considerado apenas se a distorção não estiver relacionada à forma e ao tamanho do corpo (p. ex., preocupação com o tamanho excessivo do próprio nariz).

Bulimia nervosa: Indivíduos com bulimia nervosa exibem episódios recorrentes de compulsão alimentar, adotam comportamento indevido para evitar o ganho de peso (p. ex., vômitos

autoinduzidos) e preocupam-se excessivamente com a forma e o peso corporais. Entretanto, diferentemente de indivíduos com anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa, aqueles com bulimia nervosa mantêm um peso corporal igual ou acima da faixa mínima normal.

Comorbidade: Transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade em geral ocorrem concomitantemente com anorexia nervosa. Muitos indivíduos com anorexia nervosa relatam a presença de um transtorno de ansiedade ou de sintomas previamente ao aparecimento de seu transtorno alimentar.

O TOC é descrito em alguns indivíduos com anorexia nervosa, especialmente naqueles com o tipo restritivo.

O transtorno por uso de álcool e outras substâncias pode também ser comórbido à anorexia nervosa, sobretudo entre aqueles com o tipo compulsão alimentar purgativa.

O risco de suicídio é elevado na anorexia nervosa, com taxas de 12 por 100.000 por ano. A avaliação abrangente de indivíduos com anorexia nervosa deve incluir a determinação de ideação e comportamentos suicidas, bem como de outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativa(s) de suicídio.

Infância e Adolescência: Em crianças e adolescentes, os TAs têm sido associados com baixa autoestima, solidão e ineficácia social, e esses sentimentos podem estar relacionados à disfunção familiar quando as necessidades emocionais da criança não estão sendo distinguidas em razão de problemas familiares (CASPER, 1995; IRWIN *et al.*, 1997 *apud* NUNES *et al.*, 2006).

As características clínicas da anorexia nervosa de início na adolescência são semelhantes às identificadas nos usuários adultos; entretanto há algumas peculiaridades. Os adolescentes (pré-púberes) tendem a atingir graus de edema mais elevados, devido à diferença na distribuição de tecido adiposo, quando comparados a indivíduos mais velhos com grau semelhante de desnutrição.

Os adolescentes jovens parecem deteriorar mais rapidamente em relação à perda de peso; portanto, tendem a atingir os estágios mais graves da anorexia nervosa mais precocemente: por exemplo, sintomas depressivos, que nos usuários adultos tendem a manifestar-se mais tardiamente, podem ser observados já no início do quadro nas adolescentes jovens.

Também os episódios de comer compulsivo e o abuso de laxantes manifestam-se diferentemente nas adolescentes jovens, aparecendo com menor frequência do que nos usuários adultos.

Gestação e Puerpério: Alguns trabalhos relatam como os TA podem afetar as funções reprodutivas, comprometendo o ciclo menstrual, a gestação e puerpério, assim como trazer dificuldades no cuidado da alimentação dos filhos.

O desconhecimento da problemática dos TA durante a gestação pelos clínicos assim como o tratamento mais adequado é relatado em alguns estudos. Abraham *et al.* (2001), pontam a necessidade de estudos mais detalhados sobre os TA na gestação e sugerem que os obstetras incluam em sua anamnese uma história do hábito alimentar e peso de suas usuárias por se

conhecer que durante a gestação muitas mulheres tentam controlar seu ganho de peso por meio de métodos inadequados, como abuso de cigarros e vômitos autoinduzidos.

É de suma importância diagnosticar um TA durante a gestação, pois essas doenças estão associadas a mudanças metabólicas, endócrinas, psicológicas e nutricionais que geram efeitos negativos tanto para a mulher quanto para o feto, incluindo alta prevalência de abortos, baixo peso ao nascer, complicações obstétricas e depressão pós-parto.

A prevalência de TA na gravidez é desconhecida, mas sugere-se que é menos comum do que na população em geral. Segundo Erick (2002), espera-se encontrar aproximadamente 1/100 gestantes com TA. Tanto a BN como a AN são ainda mal diagnosticadas durante a gestação, talvez porque exista uma relutância da usuária em abrir os detalhes de seu comportamento quando não é questionada especificamente sobre hábitos alimentares e atitudes para com o ganho de peso.

Não existem indicadores laboratoriais confiáveis para o diagnóstico de um TA. A detecção depende exclusivamente de uma investigação detalhada pelos profissionais. Os sinais de um possível TA na gestação incluem ausência de ganho de peso em duas visitas consecutivas no segundo trimestre da gestação, hiperêmese gravídica e uma história pregressa de transtorno alimentar.

Fahy e O'Donoghue (1991), apontam que existe uma necessidade de se distinguir a BN e AN dos transtornos menores da gestação e da hiperêmese gravídica.

Puffer e Serrano (1988), relataram que os dois fatores mais importantes relacionados ao baixo peso ao nascer são o peso pré-gestacional e o ganho de peso materno; ambos podem estar alterados nas gestantes com TA.

Ainda, o adequado crescimento fetal requer uma gestante em bom estado nutricional e nutrientes vitais devem estar disponíveis, condição incompatível com os quadros de TA.

O IMC baixo e um inadequado aporte de nutrientes materno são preditores para uma gravidez de risco, com aumento da incidência de nascimentos pré-termo e crescimento fetal restrito, como também risco de morbimortalidade materna.

Existem evidências de uma relação entre certas doenças psiquiátricas nas mães e distúrbios em seus filhos. A alimentação de crianças de mães com TA é descrita como sendo também afetada.

A intensa preocupação com o alimento e a forma corporal da anoréxica podem prejudicar a forma como alimenta e cuida do seu filho; nas bulímicas, restrição alimentar ou superalimentação das crianças também podem ocorrer.

Idosos: A população idosa é particularmente propensa a problemas nutricionais que abrangem uma complexa rede de fatores, tais como os econômicos, isolamento social, doenças crônicas, as incapacidades e as alterações fisiológicas e corporais decorrentes da idade (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000).

Nos fatores psicológicos, como perda do cônjuge, morar sozinho ou em Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPI), sensação de abandono, perda de autonomia e autocuidado, perda do papel social decorrente da aposentadoria e quadros de depressão são responsáveis pelo isolamento social e pelo desinteresse das atividades diárias (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007).

Os transtornos alimentares no idoso sempre devem descartar uma causa orgânica (infecções, alterações metabólicas, oncológicas, demências, etc) ou psiquiátricas (depressão, ansiedade, etc), portanto é necessária uma avaliação clínica completa (física, AVDs, exames, etc) e o tratamento da causa de base.

15.1.3 Tratamento

15.1.3.1 Estratégias não Medicamentosas

A abordagem na AN deve compreender o tratamento de complicações clínicas e comorbidades clínicas e psiquiátricas; promover recuperação cognitiva, volitiva e afetiva, do medo mórbido de engordar e da insatisfação relativa à imagem corporal; envolver a família dos usuários nas diversas modalidades de tratamentos oferecidos; prevenir recaída e recorrência do quadro alimentar disfuncional; promover recuperação funcional e autoestima; e desenvolver autorresponsabilização sobre o tratamento.

O tratamento objetiva a completa reabilitação do usuário nos aspectos clínicos, nutricionais e psicológicos, e o trabalho em equipe multidisciplinar com estrutura básica formada por médicos psiquiatra e clínico geral, nutricionista e psicólogo é reconhecido como a forma mais adequada de acompanhamento.

Para o melhor atendimento integrado e completo depende da existência da referida equipe multiprofissional, além do emprego conjunto de diversas estratégias. Porém, nenhuma modalidade de tratamento pode ser indicada como única ou isoladamente melhor. Essa equipe funciona como uma rede de sustentação para o usuário que descobre, nos vários profissionais, a possibilidade de diversas transferências, tornando-se mais amplas as possibilidades de adesão ao tratamento.

Os serviços especializados para o tratamento podem ser encontrados em unidades de saúde, pediátrica e psiquiátrica, e as modalidades de seguimento dependerão da avaliação das condições clínicas, psiquiátricas e de apoio familiar para o seguimento do usuário e variam entre atendimento ambulatorial, hospital-dia, CAPS e/ou internação. Se o tratamento não se inicia de forma precoce, o curso é prolongado, com prejuízos físicos e psicológicos, além de elevada taxa de mortalidade, principalmente em usuários com NA.

Por isso, é importante a integração da rede de saúde nos seus diferentes níveis para o atendimento dos usuários com transtornos alimentares. Os objetivos do tratamento podem ser resumidos:

- **Psico-educação (usuários e familiares):** apresentação e discussão de conceitos como a diversidade dos fatores etiológicos, o quadro clínico e o tratamento;
- **Reeducação alimentar:** aulas teóricas, abordagens práticas e acompanhamento dos usuários em suas refeições;
- **Uso de medicação:** baseada na presença de quadros psiquiátricos associados (comorbidades), como por exemplo a depressão;
- **Psicoterapia:** associada a outras abordagens (geralmente não deve ser utilizada isoladamente);

- **Orientação e/ou terapia familiar:** abordagem de aspectos da dinâmica familiar (importante no tratamento de anorexia nervosa de início na adolescência).

A maioria das pessoas com AN deveria ser manejada em nível ambulatorial com tratamento psicológico e monitorização física. Intervenções psicológicas podem ser utilizadas na AN, além de intervenções familiares focadas explicitamente nos transtornos alimentares.

Existem diversos níveis de atendimento que visam a recuperação da saúde mental e física das usuárias com transtornos alimentares. A escolha de cada uma das estratégias, todavia, muitas vezes é baseada em parâmetros que evoluem no decorrer do tratamento.

Diversos autores tentaram sistematizar critérios para indicar a participação de usuários psiquiátricos em serviços de internação parcial. Boardman & Hodgson (2000), mais recentemente, definiram como critérios de admissão de usuários em hospital-dia (HD) ou CAPS:

- Usuários que já foram tratados em regime de internação total pelo serviço e que necessitam de uma nova internação;
- Presença de um baixo risco de auto ou hetero-agressão;
- Impossibilidade ou incapacidade de auto-cuidado; e
- Ausência de doenças clínicas agudas.

Em resumo na tabela abaixo estão as indicações para manejo dos usuários conforme a evolução da NA.

Quadro 49 – Indicações para internação completa ou parcial – Anorexia Nervosa

Características	Nível 1 Ambulatório	Nível 2 Intensivo	Nível 3 Hospital-Dia	Nível 4 Tratamento Residencial	Nível 5 Hospitalização
Complicações médicas	Estável	Estável	Estável	Estável	Bradycardia, hipoglicemia, hipopotassemia, hipotermia, hipotensão, comprometimento orgânico
Risco de suicídio	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Plano sem intenção	Intenção e plano
% peso esperado	>85%	>80%	>75%	<85%	<75%
Motivação e cooperação	Regular/boa	Regular	Parcial	Pequena	Muito pequena/nenhuma
Comorbidade	Possível	Possível	Possível	Possível	Condiciona a internação
Condição para ganho ponderal	Auto-suficiente	Requer estrutura	Requer supervisão	Requer supervisão	Requer supervisão

Autocontrole exercícios	Controla exercício excessivo	Estrutura para prevenir exercício excessivo	Não consegue ter auto-controle	Não consegue ter auto-controle	Não consegue ter auto-controle
Purgação	Consegue reduzir	Consegue reduzir	Precisa de habilidades para controle	Precisa de habilidades para controle	Precisa de supervisão para refeições e idas ao toalete
Estresse ambiental	Tem suporte sociofamiliar	Suporte limitado	Suporte limitado	Sem suporte	Sem suporte

Fonte: Adaptado de Guimarães (2002) e APA (2000).

A duração do tratamento deve ser de no mínimo seis meses (primeiro tratamento) ou 12 meses (usuários pós-alta hospitalar).

As metas do tratamento psicológico deveria ser a redução de riscos, encorajamento ao ganho de peso e ao comer saudável, redução de outros sintomas relacionados ao transtorno alimentar e facilitar a recuperação física e psicológica.

A experiência clínica revela que uma proposta de tratamento focada exclusivamente no sintoma alimentar ou exclusivamente nos conteúdos psicológicos do usuário mostra-se um tratamento parcial e incompleto. A tendência atual parece caminhar no sentido de contemplar uma proposta de tratamento mais integrada, na qual a recuperação de peso, a melhora do quadro sintomatológico psiquiátrico e a compreensão de aspectos psicológicos mais profundos têm pesos e importâncias equivalentes.

Aconselhamento dietético feito isoladamente teve uma taxa de 100% de não adesão, quando comparado às outras formas de intervenção psicoterápica.

Segundo a *American Dietetic Association*, o tratamento nutricional utilizado na anorexia nervosa pode ser dividido em duas fases.

Na primeira fase a meta é fornecer informações que possibilitem modificação no comportamento relacionado aos alimentos e peso. Esta fase tem os seguintes objetivos:

- Coletar informações sobre as peculiaridades do padrão alimentar daquele usuário;
- Estabelecer uma relação colaborativa entre usuário e nutricionista, onde o usuário participa ativamente;
- Discutir os conceitos sobre grupos de alimentos, alimentação equilibrada, nutrição e regularização de peso;
- Apresentar exemplos de ingestão alimentar adequada, para auxiliar o usuário a entender as modificações que deverá ter no decorrer do tratamento;

Na segunda fase podemos destacar os seguintes objetivos:

- Modificar o comportamento alimentar de forma progressiva, até sua normalização;
- Aumentar o peso gradualmente.

O atendimento familiar ocorre em grupos psicoeducacionais, por meio de orientação, informação e troca de experiências, com a participação dos familiares e dos usuários em tratamento. A periodicidade é quinzenal, compondo-se pelos familiares dos usuários.

A inclusão e a participação efetiva da família é uma peça fundamental na eficácia terapêutica, já que a psicodinâmica familiar, isto é, a maneira como a família funciona, é um elemento central na determinação, manutenção e desenvolvimento dos TA.

A psicoterapia objetiva-se a mudança do comportamento alimentar e do uso de estratégias compensatórias (vômitos, abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

Pode ser dividido conceitualmente em três áreas:

- Normalização da alimentação e do peso;
- Reestruturação relacionada aos sintomas visados na conduta alimentar;
- Reestruturação de temas psicopatológicos que, direta ou indiretamente, estão relacionados ao desenvolvimento ou à manutenção do transtorno alimentar.

A terapia nutricional deve ser rapidamente iniciada para se ajustar e adaptar o plano alimentar às necessidades clínicas e nutricionais.

A realimentação com ingestão oral de alimentos é a primeira escolha para a recuperação do peso e é mais bem-sucedida na recuperação a longo prazo.

Em raras circunstâncias, a nutrição parenteral e enteral é necessária. Os riscos associados a uma terapia nutricional agressiva são hipofosfatemia, edema, insuficiência cardíaca, convulsões, aspiração da dieta enteral e morte.

O ritmo recomendado de ganho de peso é de 0,5 a 1,0 kg por semana em usuários ambulatoriais e de 1,0 a 1,5 kg em usuários internados. Na prática clínica e no atendimento ambulatorial, tem sido observada a existência de uma variação no ganho de peso inerente a cada usuário.

Torna-se necessário avaliar a colaboração dos familiares, além das dificuldades individuais de cada usuário.

15.1.3.2 Tratamento Medicamentoso

Ainda não existe qualquer medicamento que trate de maneira efetiva as características centrais do transtorno: distorção da imagem corporal, obsessão, perfeccionismo e ansiedade antecipatória extrema.

O tratamento da AN pura (cerca de 16% dos casos) é a renutrição criteriosa, no entanto tendo em vista a existência frequente de comorbidades, o uso de medicações se torna necessário em muitos casos. O uso de medicamentos na AN sem comorbidades ainda necessita de estudos controlados.

Em alguns casos, sintomas depressivos remitem com a melhora nutricional, fazendo parte da sintomatologia decorrente da anorexia. Quando indicado o uso de antidepressivos em virtude de transtorno comórbido, dá-se preferência aos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) pela sua boa eficácia associada a baixas cardio e neurotoxicidade.

A fluoxetina pode melhorar o prognóstico de usuários com AN após terem atingido peso adequado, prevenindo recaídas.

Deve-se evitar o uso de antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoamino-oxidase em razão do potencial de toxicidade, da interação medicamentosa e da incompatibilidade com certos alimentos.

A bupropiona também não deve ser usada, já que aumenta o risco de convulsões.

Entre os antipsicóticos, podem ser usados olanzapina e clorpromazina.

A olanzapina tem diminuído a ansiedade e melhorado aspectos psicopatológicos da AN, além de contribuir para o ganho de peso em estudos abertos, no entanto, não há estudos controlados para comprovar tais evidências.

Benzodiazepínicos podem ser utilizados por seu efeito ansiolítico, em especial quando administrados antes das refeições.

A recuperação da AN é longa e, mesmo sem medicamento, o suporte psicológico é essencial para se sustentar a mudança. A restauração clínica e nutricional feita primeiramente torna a terapia psicológica mais efetiva. A restauração do peso não significa a cura da doença, e o ganho ponderal forçado sem suporte psicológico é contraindicado.

15.2 Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa (BN) caracteriza-se pela compulsão alimentar, ou seja, ingestão de grande quantidade de alimentos em um curto período com a sensação de perda de controle e compensações inadequadas para o controle de peso, como vômitos autoinduzidos, dietas compensatórias, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, inibidores de apetite) e exercícios físicos exagerados.

Observa-se excessiva preocupação com o peso e a forma corporal, que invariavelmente afeta sentimentos e atitudes do usuário.

Gerald Russell (1979) utilizou o termo bulimia nervosa com base nos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) e *lepos* (fome), que significava uma fome tão intensa que seria suficiente para devorar um boi. Descreveu a BN em usuários com peso normal, que haviam apresentado AN no passado e referiam episódios bulímicos e vômitos autoinduzidos. Inicialmente, ele julgou que essa apresentação era uma migração da AN, mas depois considerou que os dois transtornos eram quadros distintos e independentes.

A prevalência de bulimia nervosa entre jovens do sexo feminino é de 1 a 1,5%. A prevalência-ponto é maior entre adultos, já que o transtorno atinge seu pico no fim da adolescência e início da idade adulta. Pouco se sabe a respeito da prevalência-ponto de bulimia nervosa no sexo masculino, porém o transtorno é bem menos comum nestes, com uma proporção feminino masculino de aproximadamente 10:1.

Algumas profissões apresentam mais risco para desenvolvimento do transtorno, como modelos e outros profissionais da moda, jôqueis e atletas.

A perturbação do comportamento alimentar persiste por no mínimo muitos anos em uma porcentagem elevada de amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão alternando com recorrências de compulsão alimentar. Entretanto, durante o seguimento, os sintomas de muitos indivíduos parecem diminuir com ou sem tratamento, embora o tratamento nitidamente tenha impacto na evolução. Períodos de remissão acima de um ano estão associados a uma evolução de longo prazo mais favorável.

Um risco significativamente maior de mortalidade (por todas as causas e por suicídio) foi relatado para indivíduos com bulimia nervosa.

A mudança diagnóstica de bulimia nervosa inicial para anorexia nervosa ocorre em uma minoria dos casos (10 a 15%). Indivíduos que evoluem para anorexia nervosa comumente reverterão para bulimia nervosa ou terão múltiplas ocorrências de alternâncias entre esses dois transtornos.

Um subgrupo de indivíduos com bulimia nervosa continua a manifestar compulsão alimentar, porém não se engaja mais em comportamentos compensatórios indevidos, e, portanto, seus sintomas satisfazem os critérios de transtorno de compulsão alimentar ou outro transtorno alimentar especificado. O diagnóstico deverá se basear na apresentação clínica atual (i.e., últimos três meses).

15.2.1 Avaliação e Diagnóstico

Conforme a CID-10:

F50.2 Bulimia nervosa: A bulimia é uma síndrome caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e uma preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal conduzindo a uma alternância de hiperfagia e vômitos ou uso de purgativos. Este transtorno partilha diversas características psicológicas com a anorexia nervosa, dentre as quais uma preocupação exagerada com a forma e peso corporais. Os vômitos repetidos podem provocar perturbações eletrolíticas e complicações somáticas. Nos antecedentes encontra-se freqüentemente, mas nem sempre, um episódio de anorexia nervosa ocorrido de alguns meses a vários anos antes.

Bulimia SOE

Hiperorexia nervosa

F50.3 Bulimia nervosa atípica: Transtornos que apresentam algumas características da bulimia nervosa mas cujo quadro clínico global não justifica tal diagnóstico. Por exemplo, pode haver acessos repetidos de hiperfagia e de uso exagerado de laxativos sem uma alteração significativa de peso ou então a preocupação típica e exagerada com a forma e peso corporais pode estar ausente.

F50.4 Hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos:

Hiperfagia devida a eventos estressantes, tais como lutos, acidentes, partos etc.

Hiperfagia psicogênica

Exclui: Obesidade (E66.)

F50.5 Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos: Vômitos repetidos que podem ocorrer nos transtornos dissociativos (F44.) e hipocondríacos (F45.2) e que não são exclusivamente imputáveis a uma das afecções classificadas fora do Capítulo V. Pode-se também empregar este código em suplemento a O21. (hiperemese na gravidez) quando fatores emocionais predominam entre as causas das náuseas e vômitos recorrentes no curso da gravidez.

Vômitos psicogênicos.

Exclui: Náusea (R11); Vômitos SOE (R11).

Conforme o DSM-5:

- Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
 - Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes;
 - Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo);
- Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso;
- A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses;
- A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal;
- A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Especificar se:

Em remissão parcial: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos os critérios, foram preenchidos por um período de tempo sustentado.

Em remissão completa: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, nenhum dos critérios foi preenchido por um período de tempo sustentado.

Especificar a gravidade atual: O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser elevado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

- **Leve:** Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.
- **Moderada:** Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.
- **Grave:** Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.
- **Extrema:** Média de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Existem três aspectos essenciais na bulimia nervosa: episódios recorrentes de compulsão alimentar (Critério A), comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso (Critério B) e autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal (Critério D).

Para se qualificar ao diagnóstico, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados devem ocorrer, em média, no mínimo uma vez por semana por três meses (Critério C).

Sinais e Sintomas Físicos: Assim como é visto em indivíduos com anorexia nervosa, aqueles com bulimia nervosa que autoinduzem vômitos podem apresentar hipertrofia das glândulas salivares, sobretudo das glândulas parótidas, bem como erosão do esmalte dentário. Algumas pessoas podem apresentar cicatrizes ou calos na superfície dorsal da mão pelo contato repetido com os dentes ao induzir vômitos.

Exames na avaliação inicial e alterações mais comuns:

- Anemias e alterações hematológicas decorrentes de carências nutricionais específicas e alterações no número de células brancas: 02.02.02.038-0 - HEMOGRAMA COMPLETO ;
- Desequilíbrios iônicos:
 - 02.02.01.060-0 - DOSAGEM DE POTASSIO
 - 02.02.01.022-8 - DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL
 - 02.02.01.056-2 - DOSAGEM DE MAGNESIO
 - 02.02.01.063-5 - DOSAGEM DE SODIO
 - 02.02.01.43-0 - DOSAGEM DE FOSFORO
- Hipoglicemia e diabetes: 02.02.01.047-3 - DOSAGEM DE GLICOSE;
- Sinais mais graves de desnutrição e desequilíbrio proteico: 02.02.01.062-7 - DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES;
- Função renal:
 - 02.02.01.069-4 - DOSAGEM DE UREIA
 - 02.02.01.031-7 - DOSAGEM DE CREATININA
- Alterações da tireoide:
 - 02.02.06.025-0 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)
 - 02.02.06.038-1 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)
- Comprometimento pancreático: 02.02.01.042-2 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA;
- Função hepática:
 - 02.02.01.064-3 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)
 - 02.02.01.065-1 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
 - 02.02.01.046-5 - DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)
- Arritmias e outras alterações cardiológicas: 02.11.02.003-6 – ELETROCARDIOGRAMA;
- Densitometria óssea: osteopenia e osteoporose;
- Exames de neuroimagem (RM ou TC): quando houver suspeita de quadro neurológico associado.

Indivíduos com bulimia nervosa estão geralmente dentro da faixa normal de peso ou com sobrepeso (IMC > 18,5 kg/m² e < 30 em adultos). O transtorno ocorre, mas é incomum, entre indivíduos obesos.

Entre os episódios de compulsão alimentar, indivíduos com bulimia nervosa costumam restringir seu consumo calórico total e optam, de preferência, por alimentos hipocalóricos (“dietéticos”), ao mesmo tempo que evitam alimentos que percebem como engordantes ou com potencial para desencadear compulsão alimentar.

Irregularidade menstrual ou amenorréia ocorrem com frequência em mulheres com bulimia nervosa; não está claro se tais perturbações estão relacionadas a oscilações no peso, a deficiências nutricionais ou a sofrimento emocional.

Os distúrbios hidreletrolíticos decorrentes do comportamento purgativo são por vezes graves o suficiente para constituírem problemas clinicamente sérios.

Complicações raras, porém fatais, incluem lacerações esofágicas, ruptura gástrica e arritmias cardíacas. Miopatias esqueléticas e cardíacas graves foram relatadas em indivíduos depois do uso repetido de xarope de ipeca para induzir o vômito.

Indivíduos que abusam cronicamente de laxantes podem tornar-se dependentes do seu uso para estimular movimentos intestinais. Sintomas gastrintestinais costumam estar associados a bulimia nervosa, e prolapso retal já foi relatado entre indivíduos com esse transtorno.

A perda de ácido gástrico pelo vômito pode produzir alcalose metabólica (nível sérico de bicarbonato elevado), e a indução frequente de diarreia ou desidratação devido a abuso de laxantes e diuréticos pode causar acidose metabólica.

Alguns indivíduos com bulimia nervosa exibem níveis ligeiramente elevados de amilase sérica, provavelmente refletindo aumento na isoenzima salivar.

O exame físico geralmente não revela achados físicos. Entretanto, a inspeção da boca pode revelar perda significativa e permanente do esmalte dentário, em especial das superfícies linguais dos dentes da frente devido aos vômitos recorrentes. Esses dentes podem lascar ou parecer desgastados, corroídos e esburacados. A frequência de cáries dentárias também pode ser maior.

Há diversas alterações clínicas no decorrer da doença, porém, com a recuperação completa e a manutenção da melhora nutricional, os parâmetros geralmente se normalizam.

Complicações Clínicas na Bulimia Nervosa:

Metabólicas e Hidroeletrolíticas:

- Hipocalcemia, hiponatremia, hipernatremia, hipomagnesemia;
- Hiperfosfatemia;
- Hipoglicemia, hipercolesterolemia;
- Alcalose metabólica, acidose metabólica.

Neurológicas:

- Alargamento dos sulcos cerebrais;
- Dilatação dos ventrículos;

- Atrofia cerebral (reversível).

Oftalmológicas:

- Catarata;
- Atrofia do nervo óptico;
- Degeneração da retina;
- Diminuição da acuidade visual.

Endócrinas:

- Síndrome do eutiroidiano doente;
- Pseudocushing;
- Amenorréia, oligomenorréia;
- Diminuição da libido;
- Infertilidade;
- Atraso ou retardo do desenvolvimento puberal;
- Osteopenia ou osteoporose.

Gastrointestinais:

- Esofagite, hematêmese (Síndrome de Mallory-Weiss);
- Retardo do esvaziamento gástrico, redução da motilidade intestinal;
- Constipação;
- Prolapso retal;
- Dilatação gástrica;
- Alteração da função hepática;
- Hiperamilasemia;
- Hipertrofia das glândulas parótidas e submandibulares.

Renais:

- Cálculo renal;
- Azotemia pré-renal;
- Insuficiência renal.

Bucomaxilares e fâneros:

- Cáries dentárias;
- Queilose;
- Ressecamento cutâneo, pele fria e pálida;
- Hipercarotenemia;
- Calosidade nos dedos ou no dorso das mãos (Sinal de Russel);
- Acrocianose.

Pulmonares:

- Taquipnéia, bradipnéia;
- Edema pulmonar;
- Pneumomediastino.

Hematológicas:

- Anemia, leucopenia, trombocitopenia, neutropenia.

O curso da bulimia é bastante variável, mas, assim como na anorexia, pode ser crônico e com recaídas. Ainda residem dúvidas quanto ao conceito de remissão, pois alguns autores a consideram mesmo quando o usuário mantém alguns vômitos ocasionais. Uma recuperação favorável ocorre em cerca de 50 a 70% dos casos.

Alguns dos fatores preditivos de mau prognóstico da BN são grande frequência de vômitos no início do tratamento, demora para iniciar tratamento, tempo de doença, comorbidades associadas, tratamentos anteriores com pouca resposta, maior gravidade sintomatológica, início tardio da doença e relacionamentos interpessoais conturbados.

15.2.2 Diagnóstico Diferencial

Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Alimentar Purgativa: Indivíduos cujo comportamento alimentar compulsivo ocorre apenas durante episódios de anorexia nervosa recebem o diagnóstico de anorexia nervosa tipo compulsão alimentar purgativa e não deverão receber o diagnóstico adicional de bulimia nervosa. Para aqueles com diagnóstico inicial de anorexia nervosa com compulsão alimentar purgativa, mas cuja apresentação não satisfaz mais os critérios plenos para anorexia nervosa tipo compulsão alimentar purgativa (p. ex., quando o peso é normal), um diagnóstico de bulimia nervosa só deverá ser dado quando todos os critérios desse transtorno tiverem sido preenchidos por no mínimo três meses.

Transtorno de Compulsão Alimentar: Alguns indivíduos apresentam compulsão alimentar, porém não adotam comportamentos compensatórios inapropriados regularmente. Nesses casos, o diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar deve ser considerado.

Síndrome de Kleine-Levin: Em certas condições neurológicas e algumas condições médicas, como a síndrome de Kleine-Levin, existe comportamento de comer perturbado, mas os aspectos psicológicos característicos de bulimia nervosa, como preocupação excessiva com a forma e o peso corporais, não estão presentes.

Transtorno Depressivo Maior, com Aspectos Atípicos: A hiperfagia é comum no transtorno depressivo maior com aspectos atípicos, mas os indivíduos com esse transtorno não adotam comportamentos compensatórios indevidos e não exibem a preocupação excessiva com a forma e o peso corporais característica da bulimia nervosa. Se os critérios de ambos os transtornos forem satisfeitos, ambos os diagnósticos devem ser dados.

Transtorno da Personalidade *Borderline*: O comportamento de compulsão alimentar está incluso no critério de comportamento impulsivo que faz parte do transtorno da personalidade *borderline*. Se os critérios para transtorno da personalidade *borderline* e bulimia nervosa forem satisfeitos, então ambos os diagnósticos devem ser dados.

Comorbidade: A comorbidade com transtornos mentais é comum em indivíduos com bulimia nervosa, com a maioria sofrendo de pelo menos um outro transtorno mental e muitos sofrendo de múltiplas comorbidades.

A comorbidade não se limita a algum subgrupo especial, mas passa por uma ampla gama de transtornos mentais. Existe uma frequência maior de sintomas depressivos (p. ex., sentimentos de desvalia) e transtornos bipolares e depressivos (sobretudo transtornos depressivos).

Pode haver também frequência maior de sintomas de ansiedade (p. ex., medo de situações sociais) ou transtornos de ansiedade. Essas perturbações do humor e ansiedade com frequência cedem depois do tratamento efetivo para bulimia nervosa. A prevalência ao longo da vida de uso de substâncias, particularmente álcool ou estimulantes, é de pelo menos 30% entre indivíduos com bulimia nervosa.

O uso de estimulantes começa com frequência como uma tentativa de controlar o apetite e o peso. Uma porcentagem substancial de indivíduos com bulimia nervosa também apresenta aspectos da personalidade que satisfazem os critérios de um ou mais transtornos da personalidade, com mais frequência transtorno da personalidade *borderline*.

15.2.3 Tratamento

15.2.3.1 Estratégias não Medicamentosas

Assim como na NA a abordagem na BN deve compreender o tratamento de complicações clínicas e comorbidades clínicas e psiquiátricas; promover recuperação cognitiva, volitiva e afetiva, do medo mórbido de engordar e da insatisfação relativa à imagem corporal; envolver a família dos usuários nas diversas modalidades de tratamentos oferecidos; prevenir recaída e recorrência do quadro alimentar disfuncional; promover recuperação funcional e de autoestima; e desenvolver auto-responsabilização sobre o tratamento.

O tratamento objetiva a completa reabilitação do usuário nos aspectos clínicos, nutricionais e psicológicos, e o trabalho em equipe multidisciplinar com estrutura básica formada por médicos psiquiatra e clínico geral ou nutrólogo, nutricionista e psicólogo é reconhecido como a forma mais adequada de acompanhamento.

O sucesso de um programa de atendimento integrado e completo depende da existência desse time, além do emprego conjunto de diversas estratégias, porém nenhuma modalidade de tratamento pode ser indicada como única ou isoladamente melhor. Essa equipe funciona como uma rede de sustentação para o usuário que descobre, nos vários profissionais, a possibilidade de diversas transferências, tornando-se mais amplas as possibilidades de adesão ao tratamento.

Os serviços especializados para o tratamento podem ser encontrados em unidades de clínica médica, pediátrica e psiquiátrica, e as modalidades de seguimento dependerão da avaliação das condições clínicas, psiquiátricas e de apoio familiar para o seguimento do usuário e variam entre atendimento ambulatorial, hospital-dia, CAPS e internação integral. Se o tratamento não se inicia de forma precoce, o curso é prolongado, com prejuízos físicos e psicológicos, além de elevada taxa de mortalidade.

Por isso é importante a integração da rede de saúde nos seus diferentes níveis para o atendimento dos usuários com transtornos alimentares. Os objetivos do tratamento podem ser resumidos:

- **Psico-educação (usuários e familiares):** apresentação e discussão de conceitos como a diversidade dos fatores etiológicos, o quadro clínico e o tratamento;
- **Reeducação alimentar:** aulas teóricas, abordagens práticas e acompanhamento dos usuários em suas refeições;
- **Uso de medicação:** baseada na presença de quadros psiquiátricos associados (comorbidades), como por exemplo a depressão;
- **Psicoterapia:** associada a outras abordagens (geralmente não deve ser utilizada isoladamente);
- **Orientação e/ou terapia familiar:** abordagem de aspectos da dinâmica familiar (importante no tratamento de anorexia nervosa de início na adolescência).

A maioria das pessoas com BN deveria ser manejada em nível ambulatorial com tratamento psicológico e monitorização física. Intervenções psicológicas podem ser utilizadas, além de intervenções familiares focadas explicitamente nos transtornos alimentares.

Existem diversos níveis de atendimento que visam à recuperação da saúde mental e física dos usuários com transtornos alimentares. A escolha de cada uma das estratégias, todavia, muitas vezes é baseada em parâmetros que evoluem no decorrer do tratamento.

Diversos autores tentaram sistematizar critérios para indicar a participação de usuários psiquiátricos em serviços de internação parcial. Boardman & Hodgson (2000), mais recentemente, definiram como critérios de admissão de usuários em hospital-dia (HD) ou CAPS:

- Usuários que já foram tratados em regime de internação total pelo serviço e que necessitam de uma nova internação;
- Presença de um baixo risco de auto ou hetero-agressão;
- Impossibilidade ou incapacidade de auto-cuidado e;
- Ausência de doenças clínicas agudas.

Em resumo na tabela abaixo, estão as indicações para manejo dos usuários conforme a evolução BN.

Quadro 50 – Indicações para internação completa ou parcial – Bulimia nervosa

CARACTERÍSTICAS	NÍVEL 1 AMBULATORIO	NÍVEL 2 INTENSIVO	NÍVEL 3 HOSPITAL- DIA	NÍVEL 4 TRATAMENTO RESIDENCIAL	NÍVEL 5 HOSPITALIZAÇÃO
Complicações médicas	Estável	Estável	Estável	Estável	Bradicardia, hipoglicemia, hipopotassemia, hipotermia, hipotensão, comprometimento orgânico
Risco de suicídio	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Plano sem intenção	Intenção e plano

% peso esperado	>85%	>80%	>75%	<85%	<75%
Motivação e cooperação	Regular/boa	Regular	Parcial	Pequena	Muito pequena/nenhuma
Comorbidade	Possível	Possível	Possível	Possível	Condiciona a internação
Condição para ganho ponderal	Auto-suficiente	Requer estrutura	Requer supervisão	Requer supervisão	Requer supervisão
Autocontrole exercícios	Controla exercício excessivo	Estrutura para prevenir exercício excessivo	Não consegue ter auto-controle	Não consegue ter auto-controle	Não consegue ter auto-controle
Purgação	Consegue reduzir	Consegue reduzir	Precisa de habilidades para controle	Precisa de habilidades para controle	Precisa de supervisão para refeições e idas ao toalete
Estresse ambiental	Tem suporte sociofamiliar	Suporte limitado	Suporte limitado	Sem suporte	Sem suporte

Fonte: Adaptado de Guimarães (2002) e APA (2000).

A duração do tratamento deve ser de no mínimo seis meses (primeiro tratamento) ou 12 meses (usuários pós-alta hospitalar).

As informações sobre as consequências médicas do comportamento bulímico e dos vômitos é parte indispensável do tratamento. O usuário deve ser orientado sobre o risco de complicações dentárias, sangramentos gastrointestinais, arritmias cardíacas e até mesmo parada cardíaca. É necessário também alertá-lo sobre a inadequação do uso dos laxantes e diuréticos, com o objetivo de redução do peso, e quanto aos riscos relacionados ao uso de inibidores de apetite.

É muito importante ressaltar que jejuns prolongados facilitam a ocorrência dos episódios bulímicos e vômitos autoinduzidos.

As metas do tratamento psicológico deveria ser a redução de riscos, encorajamento ao comer saudável, redução de outros sintomas relacionados ao transtorno alimentar e facilitar a recuperação física e psicológica.

A experiência clínica revela que uma proposta de tratamento focada exclusivamente no sintoma alimentar ou exclusivamente nos conteúdos psicológicos do usuário mostra-se um tratamento parcial e incompleto. A tendência atual parece caminhar no sentido de contemplar uma proposta de tratamento mais integrada, na qual a recuperação de peso, a melhora do quadro sintomatológico psiquiátrico e a compreensão de aspectos psicológicos mais profundos têm pesos e importâncias equivalentes.

Aconselhamento dietético feito isoladamente teve uma taxa de 100% de não adesão, quando comparado às outras formas de intervenção psicoterápica.

Segundo a *American Dietetic Association*, o tratamento nutricional utilizado na bulimia nervosa pode ser dividido em duas fases.

Na primeira fase a meta é fornecer informações que possibilitem modificação no comportamento relacionado aos alimentos e peso. Esta fase tem os seguintes objetivos:

- Coletar informações sobre as peculiaridades do padrão alimentar daquele usuário;
- Estabelecer uma relação colaborativa entre usuário e nutricionista, onde o usuário participa ativamente;
- Discutir os conceitos sobre grupos de alimentos, alimentação equilibrada, nutrição e regularização de peso;
- Apresentar exemplos de ingestão alimentar adequada, para auxiliar o usuário a entender as modificações que deverá ter no decorrer do tratamento.

Na segunda fase podemos destacar os seguintes objetivos:

- Modificar o comportamento alimentar de forma progressiva, até sua normalização;
- Aumentar o peso gradualmente.

O atendimento familiar ocorre em grupos psicoeducacionais, por meio de orientação, informação e troca de experiências, com a participação dos familiares e dos usuários em tratamento. A periodicidade é quinzenal, compondo-se pelos familiares dos usuários.

A inclusão e a participação efetiva da família são uma peça fundamental na eficácia terapêutica, já que a psicodinâmica familiar, isto é, a maneira como a família funciona, é um elemento central na determinação, manutenção e desenvolvimento dos TA.

A psicoterapia objetiva-se a mudança do comportamento alimentar e do uso de estratégias compensatórias (vômitos, abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

Pode ser dividido conceitualmente em três áreas:

- Normalização da alimentação e do peso;
- Reestruturação relacionada aos sintomas visados na conduta alimentar;
- Reestruturação de temas psicopatológicos que, direta ou indiretamente, estão relacionados ao desenvolvimento ou à manutenção do transtorno alimentar.

A terapia nutricional deve ser rapidamente iniciada para se ajustar e adaptar o plano alimentar às necessidades clínicas e nutricionais.

Torna-se necessário avaliar a colaboração dos familiares, além das dificuldades individuais de cada usuário.

15.2.3.2 Tratamento Medicamentoso

A farmacoterapia tem sido amplamente pesquisada. O uso de antidepressivos, sobretudo tricíclicos, ISRS e inibidores seletivos da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN) é eficaz para o tratamento da BN, diminuindo episódios bulímicos, vômitos autoinduzidos e possíveis sintomas depressivos.

Antagonistas narcóticos têm sido estudados como tratamento auxiliar em casos de difícil controle.

O ISRS mais utilizado é a fluoxetina no tratamento da BN. A dose de 60 mg/dia de fluoxetina traz melhores benefícios do que a de 20 mg/dia.

Tricíclicos como a imipramina, apresentam respostas satisfatórias no tratamento da BN, mas a possibilidade do efeito colateral de voracidade por doces faz com que seu uso não seja indicado nesse caso.

15.3 Compulsão Alimentar Periódica

Também conhecido como "comer compulsivo", o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, na ausência de comportamentos compensatórios para promover a perda ou evitar o ganho de peso comuns na AN e na BN.

Indivíduos com transtorno de compulsão alimentar geralmente sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam ocultar os sintomas. A compulsão alimentar ocorre em segredo ou o mais discretamente possível. O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo. Outros gatilhos incluem estressores interpessoais, restrições dietéticas, sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, à forma do corpo e ao alimento e tédio.

A compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitaram o episódio em curto prazo, porém a auto-avaliação negativa e a disforia com frequência são as consequências tardias.

O transtorno de compulsão alimentar ocorre em indivíduos de peso normal ou com sobrepeso e obesos. O transtorno é consistentemente associado ao sobrepeso e à obesidade em indivíduos que buscam tratamento.

Contudo, é distinto da obesidade. A maioria dos indivíduos obesos não se envolve em compulsão alimentar recorrente. Além disso, comparados a indivíduos obesos de peso equivalente sem transtorno de compulsão alimentar, aqueles com o transtorno consomem mais calorias em estudos laboratoriais do comportamento alimentar e têm mais prejuízo funcional, qualidade de vida inferior, mais sofrimento subjetivo e maior comorbidade psiquiátrica.

O transtorno de compulsão alimentar está associado a uma gama de consequências funcionais, incluindo problemas no desempenho de papéis sociais, prejuízo da qualidade de vida e satisfação com a vida relacionada à saúde, maior morbidade e mortalidade médicas e maior utilização associada a serviços de saúde em comparação a controles pareados por índice de massa corporal. Também pode estar associado a um risco maior de ganho de peso e desenvolvimento de obesidade.

15.3.1 Avaliação e Diagnóstico

Conforme o DSM-5:

- A.** Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:

- Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes;
 - Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- B.** Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:
- Comer mais rapidamente do que o normal;
 - Comer até se sentir desconfortavelmente cheio;
 - Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome;
 - Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo;
 - Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
- C.** Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar;
- D.** Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses;
- E.** A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

Especificar se:

Em remissão parcial: Depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno de compulsão alimentar, a hiperfagia ocorre a uma frequência média inferior a um episódio por semana por um período de tempo sustentado.

Em remissão completa: Depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno de compulsão alimentar, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado.

Especificar a gravidade atual: O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência de episódios de compulsão alimentar (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser ampliado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

- **Leve:** 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana.
- **Moderada:** 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana.
- **Grave:** 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana.
- **Extrema:** 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.

A característica essencial do transtorno de compulsão alimentar são episódios recorrentes de compulsão alimentar que devem ocorrer, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses (Critério D).

Um “episódio de compulsão alimentar” é definido como a ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período sob circunstâncias semelhantes (Critério A1).

O tipo de alimento consumido durante episódios de compulsão alimentar varia tanto entre diferentes pessoas quanto em um mesmo indivíduo. A compulsão alimentar parece ser caracterizada mais por uma anormalidade na quantidade de alimento consumida do que pela fissura por um nutriente específico.

É preciso que a compulsão alimentar seja caracterizada por sofrimento marcante (Critério C) e pelo menos três dos seguintes aspectos:

- Comer muito mais rapidamente do que o normal;
- Comer até se sentir desconfortavelmente cheio;
- Ingerir grandes quantidades de alimento sem estar com sensação física de fome;
- Comer sozinho por vergonha do quanto se come; e
- Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida (Critério B).

Tanto a compulsão alimentar quanto a perda de controle da ingestão sem consumo objetivamente excessivo ocorrem em crianças e estão associadas a maior gordura corporal, ganho de peso e mais sintomas psicológicos. A compulsão alimentar é comum em amostras de adolescentes e de universitários.

A ingestão fora de controle ou a compulsão alimentar episódica podem representar uma fase prodrômica dos transtornos alimentares para alguns indivíduos.

A prática de fazer dieta segue o desenvolvimento de compulsão alimentar em muitos indivíduos com o transtorno. (Em contraste com a bulimia nervosa, na qual o hábito disfuncional de fazer dieta geralmente precede o início da compulsão alimentar).

O transtorno começa, em geral, na adolescência ou na idade adulta jovem, mas pode ter início posteriormente, na idade adulta. Indivíduos com transtorno de compulsão alimentar que buscam tratamento costumam ser mais velhos do que aqueles com bulimia nervosa ou anorexia nervosa que buscam tratamento.

As taxas de remissão tanto em estudos do curso natural quanto nos de tratamento do transtorno são maiores para o transtorno de compulsão alimentar do que para bulimia ou anorexia nervosas.

O transtorno de compulsão alimentar parece ser relativamente persistente, e seu curso é comparável ao da bulimia nervosa em termos de gravidade e duração. A mudança diagnóstica de transtorno de compulsão alimentar para outros transtornos alimentares é incomum.

15.3.2 Diagnóstico Diferencial

Bulimia Nervosa: O transtorno de compulsão alimentar tem em comum com a bulimia nervosa o comer compulsivo recorrente, porém difere desta última em alguns aspectos fundamentais.

Em termos de apresentação clínica, o comportamento compensatório inapropriado recorrente (p. ex., purgação, exercício excessivo) visto na bulimia nervosa está ausente no

transtorno de compulsão alimentar. Diferentemente de indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com transtorno de compulsão alimentar não costumam exibir restrição dietética marcante ou mantida voltada para influenciar o peso e a forma corporais entre os episódios de comer compulsivo.

Eles podem, no entanto, relatar tentativas frequentes de fazer dieta. O transtorno de compulsão alimentar também difere da bulimia nervosa em termos de resposta ao tratamento. As taxas de melhora são consistentemente maiores entre indivíduos com transtorno de compulsão alimentar do que entre aqueles com bulimia nervosa.

Obesidade: O transtorno de compulsão alimentar está associado a sobrepeso e obesidade, mas apresenta diversos aspectos-chave distintos da obesidade.

Primeiro, os níveis de valorização excessiva do peso e da forma corporais são maiores em indivíduos obesos com o transtorno do que entre aqueles sem o transtorno.

Em segundo lugar, as taxas de comorbidade psiquiátrica são significativamente maiores entre indivíduos obesos com o transtorno comparados aos que não o têm.

Em terceiro lugar, o sucesso prolongado de tratamentos psicológicos baseados em evidências para o transtorno de compulsão alimentar podem ser contrastados com a ausência de tratamentos eficazes a longo prazo para obesidade.

Transtornos bipolar e depressivo: Aumentos no apetite e ganho de peso estão inclusos nos critérios para episódio depressivo maior e nos especificadores de aspectos atípicos para transtornos depressivo e bipolar.

O aumento da ingestão no contexto de um episódio depressivo maior pode ou não estar associado a perda de controle. Se todos os critérios para ambos os transtornos forem satisfeitos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Compulsão alimentar e outros sintomas da ingestão desordenada são vistos em associação com transtorno bipolar. Se todos os critérios para ambos os transtornos forem preenchidos, ambos os diagnósticos deverão ser dados.

Transtorno da personalidade *borderline*: A compulsão alimentar está incluída no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição do transtorno da personalidade *borderline*. Se todos os critérios de ambos os transtornos forem preenchidos, então os dois diagnósticos devem ser dados.

Comorbidade: O transtorno de compulsão alimentar está associado a comorbidade psiquiátrica significativa comparável à da bulimia nervosa e da anorexia nervosa. Os transtornos comórbidos mais comuns são transtornos bipolares, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e, em um grau menor, transtornos por uso de substância. A comorbidade psiquiátrica está ligada à gravidade da compulsão alimentar, não ao grau de obesidade.

15.3.3 Tratamento

15.3.3.1 Estratégias não Medicamentosas

A abordagem do TCAP deve se basear na presença ou não das frequentes comorbidades psiquiátricas ou clínicas. A associação com quadros depressivos e/ou ansiosos pode exigir a

prescrição medicamentosa específica; assim como a comorbidade com obesidade, diabetes melito ou hipertensão pode ser determinante na escolha do manejo terapêutico.

Segundo ensaios clínicos, tratando-se de diagnóstico de TCAP na ausência da associação com outros transtornos psiquiátricos, o tratamento de escolha é o tratamento psicoterapêutico. A combinação com orientações alimentares, como no programa de tratamento comportamental para perda de peso em indivíduos obesos com TCAP, tem se mostrado eficaz.

Por isso é importante a integração da rede de saúde nos seus diferentes níveis para o atendimento dos usuários com transtornos alimentares. Os objetivos do tratamento podem ser resumidos:

- **Psicoeducação (usuários e familiares):** apresentação e discussão de conceitos como a diversidade dos fatores etiológicos, o quadro clínico e o tratamento;
- **Reeducação alimentar:** aulas teóricas, abordagens práticas e acompanhamento dos usuários em suas refeições;
- **Uso de medicação:** baseada na presença de quadros psiquiátricos associados (comorbidades), como por exemplo a depressão;
- **Psicoterapia:** associada a outras abordagens (geralmente não deve ser utilizada isoladamente);
- **Orientação e/ou terapia familiar:** abordagem de aspectos da dinâmica familiar (importante no tratamento de anorexia nervosa de início na adolescência).

O atendimento familiar ocorre em grupos psicoeducacionais, por meio de orientação, informação e troca de experiências, com a participação dos familiares e dos usuários em tratamento. A periodicidade é quinzenal, compondo-se pelos familiares dos usuários.

A inclusão e a participação efetiva da família é uma peça fundamental na eficácia terapêutica, já que a psicodinâmica familiar, isto é, a maneira como a família funciona, é um elemento central na determinação, manutenção e desenvolvimento dos TA.

A psicoterapia objetiva-se a mudança do comportamento alimentar compulsivo:

Pode ser dividido conceitualmente em três áreas:

- Normalização da alimentação e do peso;
- Reestruturação relacionada aos sintomas visados na conduta alimentar;
- Reestruturação de temas psicopatológicos que, direta ou indiretamente, estão relacionados ao desenvolvimento ou à manutenção do transtorno alimentar.

A terapia nutricional deve ser rapidamente iniciada para se ajustar e adaptar o plano alimentar às necessidades clínicas e nutricionais.

Torna-se necessário avaliar a colaboração dos familiares, além das dificuldades individuais de cada usuário.

15.3.3.2 Tratamento Medicamentoso

O tratamento fármaco lógico do TCAP visa ao controle da impulsividade alimentar e inclui basicamente três classes de psicofármacos: os antidepressivos, os estabilizadores do humor e os promotores de saciedade.

Os inibidores seletivos da recaptura de serotonina, cujo representante mais conhecido é a fluoxetina, são a classe mais bem estudada e parecem ser o tratamento de primeira escolha.

Da mesma forma, o topiramato, agente estabilizador de humor e anticonvulsivante, revela-se uma opção, favorecendo não somente o controle dos ECA, mas também auxiliando na perda de peso.

15.4 O Papel da Atenção Primária à Saúde nos Transtornos Alimentares

A APS tem um papel importante que compreende a identificação dos casos de Transtorno Alimentar. Em alguns casos, a equipe de saúde pode diagnosticar e encaminhar os casos para tratamento especializado. Há de se considerar a importância que a equipe da APS, em conjunto com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), assumam no encaminhamento a centros de atendimento especializados, que dispõem de equipe multiprofissional treinada e habilitada para o manejo destes transtornos.

A atuação do NASF neste contexto pode ainda remeter ao uso do recurso Projeto Terapêutico Singular (PTS), entendido como uma variação da discussão de "casos clínicos", e que pressupõe o envolvimento de diversos saberes, pela equipe, para traçar estratégias com o portador de TA segundo os recursos da equipe, da família, do território e do próprio sujeito (BRASIL, 2010).

Assim, ressaltamos a importância que a APS assume no rastreamento dos TAs nas comunidades. A compreensão de seus conceitos, bem como sinais clínicos e o reconhecimento da necessidade da referência a centros especializados como os hospitais e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contribuindo para o melhor encaminhamento nesses casos.

Ações educativas voltadas ao esclarecimento dos indivíduos e comunidades acerca das TAs também podem ser estimuladas. Essas iniciativas têm como objetivo reduzir a incidência da doença, enfocando nos fatores de risco, especialmente para populações mais vulneráveis como adolescentes e adultos jovens.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

16 ABUSO E VIOLÊNCIA

A palavra “violência” tem uma conotação negativa porque é associada a um ato moralmente reprovável, de tal forma que quem comete intencionalmente esse tipo de ato é obrigado a justificá-lo. Essa noção de violência expressa uma posição normativa que não implica necessariamente que todo ato violento seja moralmente reprovável. É o caso da violência por legítima defesa.

Para caracterizar um ato como “violento”, devem ser preenchidas ao menos as seguintes condições: causar dano, usar a força (física ou psíquica), ser intencional ou ir contra a livre e espontânea vontade de quem é objeto do dano.

Considera-se que a violência é um fenômeno complexo, que envolve fatores sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos. Logo, para compreender e enfrentar essa problemática devemos analisar um conjunto de fatores, como condições de vida, questões ambientais, trabalho, habitação, educação, lazer e cultura.

É importante destacar que a violência acontece no mundo todo e atinge pessoas de todas as idades, independe de sexo, raça, religião, nacionalidade, escolaridade, orientação sexual ou condição social. No entanto, a violência apresenta-se nas classes menos favorecidas com mais facilidade devido às condições precárias de sobrevivência. Ela está presente na vida de todas as pessoas, sejam como vítimas sejam como agressores.

Reproduz-se nas estruturas e subjetividades em diferentes espaços, como na família, escola, comunidade, trabalho e instituições. Ou seja, é um fenômeno socialmente construído, que necessita ser desconstruído, a partir de uma ação intersetorial e multidimensional.

A mortalidade e a morbidade por violência têm aumentado em todo país. Situa-se como a segunda causa de morte em nossa população. Em média, as causas externas provocam 120.000 mortes por ano no Brasil. Diante disso, a violência caracteriza-se como sério problema de saúde pública, pois causa forte impacto na saúde da população brasileira.

Segundo estudiosos, essa mudança de perfil denomina-se transição epidemiológica (SOUZA, 2007 *apud* BARRETO; CARMO, 1995; OMRAM, 1971). Em consequência, exige do setor de saúde a ampliação dos serviços para assistência em todos os níveis de complexidade, o que afeta os serviços, os custos, a organização e os profissionais da área da saúde, além de exigir intervenção interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, visando a promoção da saúde e prevenção da violência.

Embora todas as pessoas possam agredir ou ser agredidas, as maiores vítimas da violência – física, sexual, psicológica ou por negligência – são as crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, homossexuais, portadores de alguma deficiência e de transtorno mental.

Muitas pessoas que recorrem aos serviços de saúde com queixa de enxaquecas, gastrites, dores difusas e outros problemas vivem situações de violência dentro de suas próprias casas.

Sabemos que a ligação entre a violência e a saúde tem se tornado cada vez mais evidente, embora a maioria das vítimas não relate que viveu ou vive em situação de violência.

Nesse contexto, os profissionais encontram-se diante do desafio de evitar “as formas traumáticas de intervenção”, além de estarem sensibilizados e capacitados para identificar e tratar os usuários que apresentem sintomas que possam estar relacionados ao abuso e à agressão, possibilitando, dessa forma, um atendimento integral e de qualidade.

Nota: O Protocolo de atendimento a Pessoa em Situação de Violência Sexual está em processo de revisão e atualização, consultar a versão atualizada disponível no Sistema de Informação vigente da Secretaria da Saúde de Joinville.

IMPORTANTE:

Para maiores informações, sobre procedimentos, encaminhamentos, atendimento de pessoas em situação de violência sexual, consultar o **Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual do Município de Joinville/SC (2019)**.

Acesso em: Intranet/Pub.Documentos/Documentos/NARAS/Protocolo de Violência Sexual

16.1 Conceitos

Conforme a CID-10:

X85-Y09 Agressões

Inclui: Homicídio; lesões infligidas por outra pessoa, empregando qualquer meio, com a intenção de lesar (ferir) ou de matar.

Exclui: Lesões devidas a:

- intervenção legal ([Y35](#));
- operações de guerra ([Y36](#)).

Y04. Agressão por meio de força corporal:

Ver códigos por local de ocorrência.

Inclui: briga ou luta desarmada

Exclui: agressão por meio de:

- estrangulamento (X91);
- submersão (X92);
- uso de arma (X93-X95, X99, Y00);
- agressão sexual por força física (Y05).

Y05. Agressão sexual por meio de força física

Ver códigos para o local de ocorrência.

Inclui: estupro (tentativa de); sodomia (tentativa de)

Y06. Negligência e abandono

Y06.0 Negligência e abandono pelo esposo ou companheiro

Y06.1 Negligência e abandono pelos pais

Y06.2 Negligência e abandono por conhecido ou amigo

Y06.8 Negligência e abandono por outra pessoa especificada

Y06.9 Negligência e abandono por pessoa não especificada

Y07. Outras síndromes de maus tratos

Inclui: Abuso sexual; crueldade mental; sevícias físicas; tortura

Exclui: Agressão sexual por meio de força corporal (Y05)

negligência e abandono (Y06)

Y07.0 Outras síndromes de maus tratos pelo esposo ou companheiro

Y07.1 Outras síndromes de maus tratos pelos pais

Y07.2 Outras síndromes de maus tratos por conhecido ou amigo

Y07.3 Outras síndromes de maus tratos por autoridades oficiais

Y07.8 Outras síndromes de maus tratos por outra pessoa especificada

Y07.9 Outras síndromes de maus tratos por pessoa não especificada

Y08. Agressão por outros meios especificados

Ver códigos para o local de ocorrência.

Y09. Agressão por meios não especificados

Ver códigos para o local de ocorrência.

Inclui: assassinato (tentativa de) SOE; homicídio (tentativa de) SOE; homicídio não premeditado.

Além do CID, que aborda a especificação técnica, é importante que os profissionais da saúde conheçam os conceitos e nomenclaturas que caracterizam os tipos de violência, inclusive, as definições usadas pelas organizações que atuam na área:

Maus-tratos Físicos: Uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da vítima, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes.

Síndrome “do Bebê Sacudido”: É uma forma especial de maus-tratos e consiste em lesões cerebrais provocadas quando a criança, em geral, menor de 06(seis) meses de idade, é sacudida por um adulto.

Síndrome da Criança Espancada: “Refere-se, usualmente, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras, etc., ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais” (Azevedo & Guerra, 1989). O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões. É reconhecida como aquela em que a criança é vítima de deliberado trauma físico não acidental provocado por uma ou mais pessoas responsáveis por seu cuidado.

Síndrome de Munchausen por Procuração: É definida como a situação na qual a criança é levada para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos responsáveis, que podem ser caracterizados como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) E psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo).

Maus-tratos Psicológicos: Correspondem a toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exagerados e utilização da vítima para atender às necessidades psíquicas do agressor. Todas estas formas de maus-tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial e trauma psíquico da vítima. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é um dos mais difíceis de ser identificado, apesar de estar, muitas vezes, associado aos demais tipos de violência.

Negligência: É o ato de omissão do responsável pela vítima em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento e cuidado. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência, caracterizando-se pela omissão em termos de cuidados básicos como: a privação de medicamentos, cuidados necessários à saúde, à higiene, ausência de proteção contra as inclemências do meio (frio, calor); falta de estímulo e condições para a frequência à escola. A identificação da negligência é complexa devido às dificuldades sócio-econômicas da população, o que leva ao questionamento acerca da intencionalidade da mesma. No entanto, independente da culpabilidade do responsável pelos cuidados com a vítima, é necessária uma atitude de proteção daquele em relação a esta.

Violência sexual: É todo ato ou jogo sexual (lembrando que o jogo sexual entre crianças da mesma idade, não caracteriza violência sexual), relação heterossexual ou homossexual cujo agressor(a) está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima, tendo a intenção de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à vítima pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Pode variar desde atos em que não exista contato sexual até os diferentes tipos de atos com contato sexual, havendo ou não penetração.

SEM Contato Físico:

- **Assédio Sexual:** caracteriza-se por propostas de relações sexuais. Baseia-se, na maioria das vezes, na posição de poder do agente sobre a vítima, que é chantageada e ameaçada pelo autor(a) da agressão.
- **Abuso Sexual Verbal:** pode ser definido por conversas abertas sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse da vítima ou a chocá-los. Os telefonemas obscenos são também uma modalidade de abuso sexual verbal.
- **Exibicionismo:** é o ato de mostrar os órgãos genitais ou de se masturbar diante da vítima, ou no campo de visão deles.
- **Voyeurismo:** é o ato de observar fixamente órgãos sexuais de outras pessoas, quando estas não desejam ser vistas, buscando obter satisfação com essa prática.

COM Contato Físico: São atos físicos que incluem carícias nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal.

Estupro: constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. (Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009, modificou o texto dos artigos 213 e 214 do Código Penal).

Violência Sexual: é qualquer conduta que a constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Violência Física: consiste no uso da força física, arma ou objeto, de forma intencional, causando ou não dano, lesões internas ou externas no corpo. Inclui todas as manifestações de agressão que resultam em lesões corporais ou morte da vítima agredida.

Violência Patrimonial: é entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total dos objetos da mulher, como instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

Violência Moral: é entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Violência Social: todas as formas de relações, de ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros. Ela se manifesta nas discriminações e preconceitos em relação a determinados grupos que se distinguem por sua faixa etária, raça, etnia, gênero, deficiência, condição de pobreza e de portadores de doenças.

Bullying: é um conceito utilizado para definir maus-tratos entre iguais ou violência interpessoal entre iguais. Ainda sem tradução para o português, o termo *bullying* é um fenômeno definido por três características: a intencionalidade, o prolongamento e o tempo, gerando desequilíbrio de poder físico, psicológico e social entre os implicados. (KRUG *et al.*, 2002, apud Senra *et al.*, 2001).

16.2 Violência Contra Criança e Adolescente

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo que envolve causas socioeconômicas e histórico-culturais, aliado a pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade. Na primeira causa, pode-se destacar a má distribuição de renda, a migração, a pobreza, o acelerado processo de urbanização e a ineficácia das políticas sociais.

Os maus-tratos praticados pelos próprios pais ou responsáveis independente da condição social são comuns. Existem pesquisas que apontam a própria família (pai ou mãe) como o maior índice de agressão: pai, 25% dos casos; mãe, 50%; pais, 13%. As pesquisas também apontam que quem revela as violências são geralmente, a comunidade ou pessoas autônomas.

Diante disso, é importante observar a dinâmica familiar, que trata a violência ou a negligência de forma natural, ou mesmo como uma forma de resolução de conflitos.

16.2.1 Avaliação e Diagnóstico

Quadro 51 – Violência física

INDICADORES	COMPORTAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA
<p>Presença de lesões físicas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras; • Hematomas; • Feridas e fraturas, que não se adéquam à causa alegada; • Ocultação de lesões antigas e não explicadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muito agressivo ou apático; Hiperativo ou depressivo; • Temeroso; • Tendências autodestrutivas e ao isolamento; • Baixa auto-estima; • Tristeza; • Medo dos pais; • Alega agressão dos pais; • Relato de causas pouco viáveis às lesões; • Fugas de casa; • Problema de aprendizado; • Faltas frequentes à escola. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muitas vezes oculta as lesões da criança, justificando-as de forma não convincente ou contraditória; • Descreve a criança como má e desobediente; • Abusa de álcool ou drogas; • Possui expectativas irreais acerca da criança; • Defende uma disciplina severa; • Tem antecedentes de maus tratos na família.
VIOLÊNCIA SEXUAL		
<ul style="list-style-type: none"> • Infecções urinárias; • Dor ou inchaço nas áreas genitais ou anais; • Lesões e sangramento; • Secreções vaginais ou penianas; • Infecções sexualmente transmissíveis; • Dificuldade de caminhar; • Baixo controle dos esfíncteres; • Enfermidades psicossomáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento sexual inadequado para a idade; • Não confia em adultos; • Fugas de casa; • Regressão a estado de desenvolvimento anterior; • Brincadeiras sexuais agressivas; • Comportamento promíscuo; • Vergonha excessiva e alegações de abusos; • Ideias e tentativa de suicídio; • Autoflagelação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oculta frequentemente o abuso; É muito possessiva; • Negando à criança contatos sociais normais; • Acusa a criança de promiscuidade; • Sedução sexual e de teratidade sexual fora de casa; • Crê que o contato sexual é forma de amor familiar; • Alega outro agressor para proteger membro da família.
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA		

<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de saúde; • Como obesidade; • Afecção da pele; • Distúrbios do sono e dificuldades na fala; • Comportamentos infantis; • Enurese noturna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos extremos de timidez ou agressividade; • Destrutividade e autodestrutividade; • Problemas do sono; • Isolamento; • Baixo conceito de si próprio; • Abatimento profundo; • Tristeza; • Ideia e tentativa de suicídio; • Insegurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem expectativas irreais sobre a criança; • Rejeita; • Aterroriza; • Ignora; • Desqualifica; • Exige em demasia; • Corrompe; • Isola; • Descreve a criança como má; • Diferente das demais.
NEGLIGÊNCIA		
<ul style="list-style-type: none"> • Padrão de crescimento deficiente; • Fadiga constante e pouca atenção; • Problemas físicos e necessidades não atendidas; • Vestimenta inadequada ao clima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos extremos de hiper ou hipoatividade; • Contínuas faltas ou atrasos à escola ou ao médico; • Comportamentos infantis ou depressivos; • Dificuldade na aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • É apática e passiva; • Não se importando muito com a situação da criança; • Tem baixa auto-estima e severo desleixo com higiene; • É despreocupada em resolver as necessidades de atenção da criança.

Fonte: Assis, 1994.

Avaliação Física: As lesões por maus-tratos físicos são mais comumente identificadas na pele e nas mucosas, em seguida no esqueleto, no sistema nervoso central e nas estruturas torácicas e abdominais.

Pele e Mucosas: As lesões cutâneo-mucosas provocadas por maus-tratos podem decorrer de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, “arrancamentos” (dentes, cabelos), mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo etc.

As lesões incluem desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau. Hematomas são as lesões de pele, frequentemente, encontradas nos maus-tratos físicos, seguidos por lacerações e por arranhões.

Algumas partes do corpo são mais suscetíveis a lesões acidentais (proeminências ósseas, por exemplo), enquanto outras não o são (coxas, genitais, dorso). Assim, a localização das lesões pode ser um importante indício da ocorrência de violência física (por exemplo, lesões circulares ou marcas de dedos em torno do pescoço, bem como petéquias na face e hemorragias subconjuntivais são sugestivas de enforcamento ou estrangulamento).

Lesões em diferentes estágios de evolução (coloração e aspecto) ou presentes concomitantemente em diversas partes do corpo, bem como queimaduras “em meia”, “luva” ou em nádegas e/ou genitália, são sugestivas de lesões provocadas.

É importante fazer uma avaliação para se saber a idade das lesões a fim de correlacioná-las à suspeita. As equimoses podem ser avaliadas e estadiadas por meio de suas evoluções cromáticas:

Quadro 52 – Evoluções cromáticas das lesões

COR	TEMPO DE EVOLUÇÃO
Negra, vermelha, violácea	01 a 03 dias
Azulada	04 a 06 dias
Esverdeada	07 a 12 dias
Amarelada	13 a 21 dias
Desaparece	após 22 dias

Fonte: SES/Distrito Federal, 2008.

Quando algum instrumento é utilizado para a agressão, pode-se identificar sua forma “impressa” na pele (cintos, fios, garfos, cigarros, dentes, etc). O achado de escoriações, manchas ou sangramento em exame físico, não relatados durante a anamnese também sugerem maus-tratos. É importante que a avaliação das lesões encontradas seja feita com detalhe, considerando tamanho, bordas, localização e cor das mesmas.

Esqueleto: Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação, são típicas de maus-tratos. No entanto, são pouco frequentes. As localizações mais comuns das fraturas são as extremidades. Em crianças menores, os ossos longos costumam ser afetados na zona metafisária.

O traço da fratura também pode sugerir o mecanismo que a provocou: fraturas espiralares e fraturas transversas em ossos longos de lactentes sugerem maus-tratos (as primeiras provocadas por torção; as últimas, por impactos violentos).

Fraturas de costelas (geralmente, na região posterior, próximo à articulação costo-vertebral) podem ocorrer por compressão ou impacto.

Sistema Nervoso Central: O traumatismo crânio-encefálico (TCE) provocado pode levar a dois tipos de lesão:

- **Externa:** fraturas dos ossos do crânio lineares, deprimidas ou cominutivas;
- **Interna:** produzida por “sacudida” ou impacto, levando a hematomas subdural ou subaracnóideo e a hemorragias retinianas; hemorragias retinianas, em menores de 03 (três) anos, na ausência de lesões externas de TCE, são quase específicas de maus-tratos (decorrem de forças de aceleração e desaceleração aplicadas na cabeça, como na “síndrome do bebê sacudido”).

Conforme acontece em danos neurológicos de outras etiologias, as alterações de consciência e as convulsões são os sinais clínicos mais frequentes, podendo ocorrer imediatamente após o trauma ou após um período livre de sintomas.

Lesões Torácicas e Abdominais: Os traumatismos torácicos produzidos por maus-tratos são pouco frequentes, podendo decorrer de compressão antero-posterior (“síndrome do bebê sacudido”) ou de tração violenta do braço. As lesões secundárias a esse tipo de trauma podem ser hematomas, contusão pulmonar, fraturas de costelas, esterno e clavícula, pneumotórax e hemotórax. As lesões viscerais abdominais ocorrem em pequeno percentual nas crianças maltratadas, sendo mais frequentes em crianças acima de 2 anos.

Pode-se perceber sinais sugestivos de lesão intra-abdominal, como hematomas intramural (duodeno e jejuno) e retroperitoneal, bem como lesões de vísceras sólidas (fígado, pâncreas e baço). É importante avaliar a possibilidade da existência de hemoperitônio, pneumoperitônio ou obstrução intestinal (hematoma intramural).

Exames Complementares

- **Coagulograma completo:** Importante para o diagnóstico diferencial com coagulopatias nas crianças que apresentam hematomas, equimoses e/ou petéquias.
02.02.02.014-2 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP);
02.02.02.013-4 - DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA);
02.02.02.038-0 - HEMOGRAMA COMPLETO.
- Devem ser realizados inicialmente os seguintes exames:
02.14.01.006-6 - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ;
02.14.01.007-4 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS;
02.14.01.005-8 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV;
02.14.01.009-0 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C;
02.14.01.010-4 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HBV (HbsAg).
- **Radiografias:** Raio x completo do esqueleto deve ser feito nas suspeitas de maus-tratos físicos em todas as crianças menores de 2 anos de idade e, em alguns casos, até os 6 anos de idade. Acima desta idade, geralmente, bastam radiografias localizadas, de acordo com o caso. A radiografia pode ser normal na fase aguda do trauma. Diante da suspeita de maus-tratos, pode-se, portanto, repetir o estudo radiológico após duas semanas;
- **Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética:** Indicadas na exploração das lesões intracranianas.

Maus-tratos Psicológicos: É o tipo de violência mais difícil de se detectar em sua forma isolada. Por outro lado, costuma estar presente, concomitantemente, aos demais tipos de abuso.

Os sintomas e transtornos que aparecem nas crianças que sofrem maus-tratos psicológicos não são específicos dessa forma de violência, podendo aparecer também em decorrência de patologias de outras etiologias.

Podemos encontrar:

- Distúrbios do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, intelectual, emocional e social;

- Labilidade emocional e distúrbios de comportamento, tais como: agressividade, passividade e hiperatividade;
- Problemas psicológicos que vão desde a baixa autoestima, problemas no desenvolvimento moral e dificuldades em lidar com a agressividade e a sexualidade;
- Distúrbios do controle de esfíncteres (enurese, escape fecal);
- Psicose, depressão, tendências suicidas. Sempre que existir indicação clínica e houver possibilidade, deve-se pensar num acompanhamento psicológico, evitando problemas futuros de adequação social da criança e do adolescente.

Abuso Sexual: Na maioria dos casos de abuso sexual, não se constatam lesões físicas evidentes. Deve-se proceder a um exame físico completo, com atenção especial para áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus.

Os sinais físicos a serem pesquisados são:

- Hiperemia;
- Edema;
- Hematomas;
- Escoriações;
- Fissuras;
- Rupturas;
- Sangramentos;
- Evidências de IST;
- Gravidez.

Exames Complementares: Sempre que possível, realizar coleta de material que ajude a comprovar o abuso, como pesquisa de sêmen, sangue e células epiteliais a qual pode ser feita quando o abuso ocorreu há menos de 72 horas.

Ao indicar a obtenção de material para culturas e pesquisa sorológica de IST, considerar a possibilidade de contato oral, genital ou retal, a incidência local de IST e a sintomatologia da criança.

16.2.2 Tratamento

Acolhimento:

- Tratar a criança/adolescente e a família com respeito e atenção;
- Conversar primeiro sobre assuntos diversos, podendo contar com apoio de jogos, desenhos, livros e outros recursos;
- Tratar como gostaria de ser tratado;
- A criança/adolescente deve ser ouvida sozinha, com respeito e privacidade;
- Utilizar as mesmas palavras que a criança para identificar as diferentes partes do corpo;
- Não fazer promessas que você não possa cumprir, nem prometer guardar segredo antes de saber o que será revelado;
- Respeitar a singularidade de cada usuário;
- Propiciar um ambiente adequado para expressão dos sentimentos e fatos ocorridos;

- Escutar;
- Dar atendimento humanizado;
- Demonstrar sempre muita atenção e compreensão;
- Lembrar sempre que a culpa não é da criança/adolescente;
- Manter sigilo das informações;
- Evitar a revitimização;
- Não emitir juízo de valor;
- Conduzir para o atendimento médico;
- Ter conduta profissional frente à demanda do usuário, correspondendo às suas expectativas e necessidades;
- Deve ser realizado por toda a equipe.

Atendimento à Criança e ao Adolescente: Proteger a identidade da criança e do adolescente abusados deve ser um compromisso ético profissional.

Portanto, essa situação deverá ser relatada somente às pessoas que irão tratar da criança/adolescente. Ou seja, o nome verdadeiro deve ser divulgado para o menor número de pessoas possível.

A consulta com a criança/adolescente deve ser um momento de privacidade, a fim de favorecer a expressão de sentimentos; da situação de violência; sua relação com a família, amigos, escola e outros.

Ressalta-se que o adolescente tem direito ao sigilo e à confidencialidade das informações. No entanto, isso deve ser rompido nas situações previstas por lei, como nos casos de violência ou de risco à vida, sendo, portanto, necessária a notificação ao Conselho Tutelar.

É relevante que o profissional deixe claro para o usuário a sua disponibilidade para escutá-lo, sem fazer julgamentos, favorecendo o vínculo de confiança.

A família deve ser envolvida no atendimento, para que possa contribuir com o tratamento do usuário, além de possibilitar uma melhor relação entre seus membros.

Em situações de violência é importante:

- Contatar imediatamente a família;
- Observar o relato e a atitude dos pais durante a consulta – que podem ser de aparente preocupação e de extensiva colaboração com a equipe médica, mas percebe-se uma ausência de angústia quanto à gravidade das lesões, o que não ocorre habitualmente com os pais de crianças acidentadas;
- Informar, em linguagem apropriada, as graves consequências de maus-tratos e abuso sexual para o desenvolvimento da criança/adolescente;
- Explicar claramente que a família poderá beneficiar-se de ajuda mútua;
- Acompanhar os desdobramentos da notificação;
- Se o agressor é alguém da família, não é conveniente informá-lo imediatamente. A criança poderá sofrer riscos ainda maiores. Nesse caso, deve-se entrar em contato, de modo estratégico, com membros não agressores, de preferência com indicação da criança;

- Orientar sobre a importância do tratamento para o agressor, se ele for da família;
- Refletir estratégias protetoras, pois a família tende a se situar, face ao sofrimento, também como vítima;
- Orientar a família para evitar comentários sobre o ocorrido com vizinhos e/ou amigos, pois a exposição gera nova violência à vítima.

Devemos evitar a revitimização: Revitimização é a repetição de atos de violência pelo agressor ou a repetição da lembrança de atos de violência sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais; é uma forma comum de violência. Isso pode acarretar prejuízo também para a justiça, pois a vítima, por cansaço, pode omitir fatos ou, por considerar que está chamando a atenção, pode aumentar os acontecimentos.

Outras formas de revitimização é a peregrinação pelos serviços de saúde para receber atendimento ou, quando esse atendimento é sem privacidade, expor a dor e sofrimento diante de terceiros. Essa falta de sigilo pode estigmatizar a criança ou o adolescente como “abusada”, agravando o trauma.

O acompanhamento da vítima por profissional de saúde favorece a interlocução interinstitucional com consolidação da Rede, minimiza a revitimização, favorece o vínculo, contribui para a adesão ao tratamento, entre outros benefícios.

Para a não revitimização, é importante evitar:

- Desconsiderar o sentimento da criança/adolescente;
- Falar frases como: “isso não foi nada”, “vai passar”, “não precisa chorar”;
- Excesso de zelo;
- Hostilidade;
- Culpar a criança/adolescente;
- Demonstrar surpresa, choro, horror (sinais de censura ou desaprovação);
- Frases de humor negro.

Perguntas que devem ser evitadas:

- As que implicam censura e participação ativa da criança/adolescente;
- Perguntas diretas (inquisitórias): por quê?
- Perguntas que obriguem à precisão de tempo para crianças pequenas: quando? É importante associar sempre a festas comemorativas, como natal, páscoa, aniversários.

É necessário a Notificação Compulsória (SINAN) da suspeita de abuso sexual conforme a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA). O Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM/MS nº 1.968, de 25 de outubro de 2001, estabelecendo que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde, integrantes ou participantes do SUS, notifiquem aos Conselhos Tutelares da localidade os casos **de suspeita ou confirmação** de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nessas entidades.

As Unidades de Saúde, o Programa Saúde da Família e o Programa de Agente Comunitário de Saúde, dentro das suas especificidades na atenção primária, também devem estar preparados para notificar, atender e monitorar os casos encaminhados pelos demais serviços de saúde.

A obrigatoriedade da Notificação está assegurada também pelo Conselho Federal de Medicina e por alguns Conselhos Regionais.

Prevenção da violência na família e na comunidade: Prevenir a violência contra a criança e ao adolescente é possível e quanto mais cedo se inicia a prevenção, maiores são as chances de proteger os membros da família deste problema. Desde o pré-natal, é possível uma atuação preventiva, trabalhando a aceitação de gravidez não planejada ou em decorrência de violência e as expectativas em relação ao bebê com a mãe, o pai e os familiares. Promover vínculos afetivos e de cuidado e a melhor via de prevenção nessa fase.

Tão logo seja possível, é importante proporcionar que as famílias saibam reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas do bebê, ajudando assim a diminuir frustrações ou a dimensionar de forma mais realista as expectativas sobre a capacidade de entendimento da criança e a traduzir melhor seus comportamentos. O mesmo vale para as fases posteriores de seu desenvolvimento.

Essas informações são especialmente importantes para os pais de crianças e adolescentes com deficiência, que muitas vezes não atendem as expectativas dos mesmos, demandam mais trabalho e atenção e, por isso, se tornam mais vulneráveis às várias formas de expressão da violência.

Outra forma de prevenir a violência é identificar as situações familiares que podem gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas, pelas dificuldades e desgaste que ocasionam. Situações como perda de emprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, separação conjugal, morte de um de seus membros requerem atenção redobrada à família no sentido de ajudá-la a lidar com tais adversidades e a minimizar a busca da violência como forma de enfrentá-las.

Há ainda a possibilidade de fazer prevenção interrompendo o ciclo de violência, ou seja, evitando que as violências que já ocorreram voltem a acontecer. Inicia-se pela adoção de medidas preventivas à ação violenta, demonstrando com a necessária firmeza que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e, portanto, a sociedade não tolera que sejam alvos de violações.

Nessa perspectiva, a ação dos profissionais ganha um papel crucial e para isso é indispensável que a Secretaria de Saúde proporcione a educação permanente dos técnicos que atuam nos serviços.

A prevenção da violência também pode ser feita ao se buscar reduzir os efeitos deletérios e suas consequências. Espera-se do profissional habilidades para analisar cada caso e construir junto à família e a equipe de sua unidade um projeto terapêutico para a criança ou adolescente e para o autor da agressão.

Finalmente, estratégias lançadas no espaço do território também se mostram eficientes. Destacam-se as voltadas para a organização de redes e de mobilização da comunidade (centros comunitários) e pessoas (vizinhos, amigos outros familiares), tendo como principal meta seu fortalecimento; a utilização de mentores (orientadores) para as crianças e adolescentes em situação de risco; e a promoção de atividades de recreação.

Algumas atitudes preventivas dos profissionais de saúde frente às situações de violência familiar:

- Orientar as famílias sobre a ressignificação das relações familiares em prol da tolerância e na formação de vínculos protetores;
- Acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes; buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente; e
- Articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e proteção social no território.

16.3 Violência Contra a Mulher

A violência contra a mulher refere-se a qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Em 70% dos casos, o agressor é uma pessoa com quem ela mantém ou manteve algum vínculo afetivo. As agressões são similares e recorrentes, acontece nas famílias, independente de raça, classe social, idade ou de orientação sexual de seus componentes.

16.3.1 Avaliação e Diagnóstico

Muitas mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, não relatam a agressão sofrida e são tidas como hipocondríacas, poliqueixosas, apresentando queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados.

Os profissionais devem estar aptos a identificar as possíveis vítimas de violência, procurando conhecer a história de vida, pois o tratamento meramente sintomático manterá oculto o problema.

Deve-se estar atento para relatos de acidentes frequentes, como também para a compatibilidade deste relato e a lesão observada.

Observa-se que ao serem questionadas sobre violência em casa, as mulheres dizem não, mas respondem afirmativamente a perguntas do tipo:

- Está tudo bem em sua casa ou no seu trabalho?
- Você acha que os problemas de relacionamento familiar estão afetando sua saúde?
- Você se sente humilhada ou agredida por algum familiar?
- Você já foi agredida em casa por alguém da família?
- Já sentiu ou sente medo de alguém?

Isso mostra que a escolha das palavras é um fator importante para reconhecer o problema da violência e falar dele abertamente. Mesmo que num primeiro momento a mulher negue, o

profissional diante das evidências deve agir de maneira cuidadosa, tentando estabelecer um diálogo e possibilitando assim um canal de ajuda.

A visita domiciliar permite a observação mais adequada para identificar, com mais segurança, a situação de violência.

A equipe deve estar preparada para a identificação de qualquer tipo de lesão em cabeça ou pescoço, considerando que a violência praticada contra a mulher possa estar restrita muitas vezes à face ou à boca. As manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais.

Indicadores de Violência contra Mulher:

- Transtornos crônicos, vagos e repetitivos;
- Entrada tardia no pré-natal;
- Companheiro muito controlador; reage quando separado da mulher;
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária);
- Dor pélvica crônica;
- Síndrome do intestino irritável;
- Transtornos na sexualidade;
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição;
- Depressão;
- Ansiedade;
- Dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa;
- Dor que não tem nome ou lugar;
- História de tentativa de suicídio;
- Lesões físicas que não se explicam de forma adequada;
- Fibromialgia.

Avaliação Física

Lesões físicas agudas: inflamações, queimaduras, contusões, hematomas e fraturas, incluindo face, boca e dentes, qualquer tipo de lesão em cabeça ou pescoço provocadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento e sacudidas.

Agressões sexuais: lesões das mucosas oral, anal e vaginal, manifestando-se com inflamação, irritação, arranhões, edema, perfuração ou ruptura. Infecções sexualmente transmissíveis (IST/AIDS), infecções urinárias e/ou vaginais e gravidez.

Manifestações tardias: dor no baixo ventre ou infecções, transtornos digestivos, como falta de apetite, náuseas, vômitos, cólicas e dores de estômago, perda de peso, dores de cabeça e dores musculares generalizadas, lesões ou manifestações por IST em região de boca.

Stress pós-traumático: insônia, pesadelos, falta de concentração e irritabilidade.

Alterações psicológicas: choque, crise de pânico, ansiedade, medo, confusão, fobias, auto-reprovação, sentimento de inferioridade, de fracasso e insegurança, sentimento de culpa, baixa

auto-estima, comportamento auto-destrutivo, uso de álcool e drogas, depressão, desordens alimentares/obesidade, tentativas de suicídio e disfunções sexuais (vaginismo).

Alterações sociais: Isolamento, mudanças frequentes de emprego ou moradia.

16.3.2 Tratamento

Acolhimento:

- O atendimento deve ser realizado preferencialmente por uma mulher;
- Oferecer atendimento humanizado;
- Tratar a usuário como gostaria de ser tratado;
- Tratar a usuária com respeito e atenção;
- Disponibilizar tempo para uma conversa tranquila;
- Manter sigilo das informações;
- Proporcionar privacidade;
- Notificar o caso;
- Colocar-se no lugar da usuária;
- Evitar a revitimização;
- Não fazer perguntas indiscretas;
- Não emitir juízo de valor;
- Afastar culpas;
- Validar o sofrimento;
- Ter conduta profissional frente à demanda do usuário, correspondendo às suas expectativas e necessidades.

Devemos evitar a revitimização: Revitimização é a repetição de atos de violência pelo agressor ou a repetição da lembrança de atos de violência sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais; é uma forma comum de violência. Isso pode acarretar prejuízo também para a justiça, pois a vítima, por cansaço, pode omitir fatos ou, por considerar que está chamando a atenção, pode aumentar os acontecimentos.

Outras formas de revitimização é a peregrinação pelos serviços de saúde para receber atendimento ou, quando esse atendimento é sem privacidade, expor a dor e sofrimento diante de terceiros. Essa falta de sigilo pode estigmatizar a vítima como “abusada”, agravando o trauma.

O acompanhamento da vítima por profissional de saúde favorece a interlocução interinstitucional com consolidação da Rede, minimiza a revitimização, favorece o vínculo, contribui para a adesão ao tratamento, entre outros benefícios.

Para a não revitimização, é importante evitar:

- Desconsiderar o sentimento da vítima;
- Falar frases como: “isso não foi nada”, “vai passar”, “não precisa chorar”;
- Excesso de zelo;
- Hostilidade;
- Culpar a vítima;

- Demonstrar surpresa, choro, horror (sinais de censura ou desaprovação);
- Frases de humor negro.

16.4 Violência Contra Idosos

No Brasil, atualmente, são 19 milhões de idosos e até 2020 essa faixa etária será a maioria da população brasileira.

Com o Estatuto do Idoso, no ano de 2003, começa o processo de visibilidade de sua problemática, a partir da exigência de seus direitos. No entanto, a Lei ainda não foi absorvida pela população.

É na terceira idade que as doenças são mais frequentes, o que demanda mais cuidados por parte dos familiares e, por falta de manejo, sobrecarrega seus cuidadores, que por intolerância, estresse ou falta de vínculo afetivo maltratam esses idosos. É importante buscar alternativas no cuidado, bem como na divisão de tarefas entre várias pessoas para não sobrecarregar o cuidador ou cuidadora.

Estudos mostram que milhões de idosos no mundo são vítimas diárias de violência decorrentes de golpes com objetos, pequenos empurrões, que podem resultar em fraturas, queimaduras e ferimentos.

Grande parte dessa violência física é cometida por familiares, mas o idoso não denuncia por vergonha, culpa pelo fracasso das relações familiares, além do medo de aumentar as hostilidades ou de perder o “amor” da família. Ocorre também a omissão do acontecimento pela vítima por aceitação da violência como parte natural das relações familiares.

Outras formas de violência são a **negligência** com a saúde, com a alimentação e higiene; a **violência psicológica**; a **violência sexual** e o **abuso financeiro**, pois a vítima é presa fácil pela sua fragilidade tanto física como emocional.

O idoso que aparentemente sofre mais violência é, na sua maioria, do sexo feminino, solteira/ viúva, tem 75 anos ou mais, baixa escolaridade e apresenta alguma doença neurológica, reumática ou psiquiátrica.

A violência parece revelar ao idoso o sentimento de incapacidade em lidar com os filhos, os netos, o(a) companheiro(a) e em enfrentar o mundo que o cerca. Isso o leva a solidão e ao isolamento crescente. Portanto, as marcas da agressão contra o idoso não são apenas físicas, mas, sobretudo, psicológicas.

16.4.1 Avaliação e Diagnóstico

Fatores de risco para violência contra idoso:

- Quando existe dependência pelo declínio cognitivo, a perda de memória ou dificuldades motoras para realizar atividades do cotidiano;

- A pobreza: pode levar a falta de cuidados básicos com a alimentação e/ou higiene, pois o idoso pode ficar sozinho em casa porque sua família precisa trabalhar para comprar seus remédios;
- Quando possui auxílio de apenas uma pessoa. Isso acontece porque os familiares não podem ou não querem participar do cuidado;
- A procura de cuidados médicos constantes;
- Quando há repetidas ausências às consultas agendadas;
- Explicações improváveis sua ou de seus familiares para determinadas lesões e traumas;
- 03 (três) ou mais quedas por ano **podem** ser indicador de existência de violência.

16.4.2 Tratamento

Acolhimento:

- Oferecer atendimento humanizado;
- Deve ser realizado por toda a equipe;
- Tratar o usuário como gostaria de ser tratado;
- Tratar o usuário com respeito e atenção;
- Disponibilizar tempo para uma conversa tranqüila;
- Manter sigilo das informações;
- Proporcionar privacidade;
- Notificar o caso;
- Colocar-se no lugar do usuário;
- Evitar a revitimização;
- Não fazer perguntas indiscretas;
- Não emitir juízo de valor;
- Afastar culpas;
- Validar o sofrimento;
- Ter conduta profissional frente à demanda do usuário, correspondendo às suas expectativas e necessidades.

Procedimento sem Caso de Negligência:

- Fazer exame clínico;
- Realizar anamnese (com quem reside, se é dependente de cuidados, se tem vínculo afetivo com a família etc);
- Preencher e dar andamento à Ficha Única de Notificação;
- Encaminhar uma via da Notificação e o usuário idoso à Delegacia de Polícia (caso necessário);
- Encaminhar uma via ao Serviço Social ou a sua Unidade de Saúde para intervenção;
- Notificar ao CREAS.

Procedimentos em Caso de Violência Patrimonial:

- Realizar anamnese (com quem reside, se é dependente de cuidados, se tem vínculo afetivo com a família, quem controla suas finanças etc);
- Observar se a aposentadoria ou fonte de renda do idoso está sendo utilizada indevidamente por familiares ou cuidadores (ex.: a falta de uso da medicação, de alimentação ou vestuário pela falta de recursos financeiros);
- Preencher e dar andamento a Ficha Única de Notificação;
- Encaminhar uma via da Notificação e o usuário idoso à Delegacia de Polícia (caso necessário);
- Encaminhar uma via ao Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência – PAV de sua Unidade de Saúde para intervenção;
- Notificar ao CREAS;
- Notificar ao Ministério Público.

17 SEXUALIDADE, DISFORIA DE GÊNERO E SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT)

A sexualidade é um dos aspectos mais importantes da existência humana. A atividade sexual tem papel dominante durante a maior parte da vida adulta da grande maioria das pessoas. A sexualidade é por excelência um processo psicossomático, onde as possíveis interações entre mecanismos psicológicos e fisiológicos são de fundamental importância.

A partir do século XX, com o maior conhecimento a respeito das influências culturais, históricas e geográficas relacionadas às manifestações da sexualidade, novos conceitos sobre o que delimita a atividade sexual "normal" e a patologia sexual começaram a se firmar. Esse contexto favoreceu o incremento de pesquisas sobre neuropsicofisiologia da função sexual, que resultaram na proposição de modelos de resposta sexual que reconhece a variabilidade dessas manifestações.

Historicamente, a psiquiatria ofereceu terapias conversivas aos indivíduos que apresentavam comportamentos sexuais diferentes dos comportamentos dos heterossexuais e identidade de gênero discordante do sexo atribuído ao nascimento.

Tais condutas foram revistas, levando ao reconhecimento das necessidades específicas dessa população. Atualmente, a prática clínica em saúde mental com lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) **considera a diminuição do sofrimento mental e a aceitação da identidade sexual e de gênero, reconhecendo o preconceito como fator que vulnerabiliza a saúde mental dessa população.**

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) também retirou a homossexualidade de sua lista de patologias, deixando de constar na edição da Classificação Internacional de Doenças (CID) publicada no ano seguinte.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), já em 1985, havia questionado a aplicação do código 302 da CID no Brasil, afirmando que **“casos há em que a angústia ou inadequação sentida pelo homossexual resulta apenas do conflito entre ele e a estrutura de valores sociais, ou seja, suas dificuldades se relacionam exclusivamente com a discriminação social de que é vítima”**.

A posição referendada pelos principais órgãos de classe em saúde mental nacionais e internacionais é de rechaço a terapias conversivas e de entendimento da homossexualidade fora do espectro da doença mental, devendo ser abordada no contexto clínico de modo afirmativo e de autoaceitação.

17.1 Conceitos

Primeiramente vamos discutir alguns conceitos básicos:

Sexo: características biológicas (sistema genital, caracteres sexuais secundários e cromossomos) usadas para definir os indivíduos como mulher ou como homem. O sexo é atribuído no nascimento ou ainda na gestação. A maioria das pessoas apresenta identidade e expressão de gênero concordantes com seu sexo atribuído. No entanto, em algumas pessoas, a identidade e a expressão de gênero são diferentes do sexo atribuído. Além disso, existem estados intersexuados, ambíguos e em outras anomalias da diferenciação sexual.

Performace ou expressão de gênero: comportamento que cada um apresenta em relação ao seu gênero (roupas, maneira de falar, atividades e padrões de interação social). São as formas aprendidas de se comportar como mulher ou como homem em determinada sociedade. As *performances* de gênero variam de acordo com os contextos socioculturais, podendo as mulheres apresentarem comportamentos que são comumente associados a homens e vice-versa.

Identidade de gênero: identificação pessoal como sendo mulher ou homem, conforme os modos de viver a feminilidade e a masculinidade. A identidade de gênero pode não corresponder ao sexo atribuído ao nascer, como no caso de pessoas trans. Além disso, a identidade de gênero pode não ter relação com a identidade e com comportamento sexual. Por exemplo, há indivíduos que nasceram com vagina e vulva, identificam-se como homens (homens transexuais), relacionam-se sexualmente com homens e se autodefinem homossexuais.

Pessoas trans: indivíduos cuja identidade de gênero discorda de seu sexo designado no nascimento. Muitas vezes, procuram modificações para adequar seu corpo a sua identidade de gênero.

Homem transexual: nasceu com vagina e vulva e se identifica como homem. Geralmente, procura fazer alterações corporais, como terapia hormonal com testosterona e cirurgias de redesignação sexual.

Mulher transexual: nasceu com pênis e testículos e se identifica como mulher. Geralmente, procura fazer alterações corporais, como terapia hormonal com estrogênio e cirurgias.

Travesti: teve o sexo definido como masculino ao nascer e tem uma identidade feminina, sem, necessariamente, considerar-se mulher. Geralmente, não procura fazer cirurgias de redesignação sexual e pode não se identificar com transexual.

Cissexual (pessoa cis): teve seu sexo designado ao nascer e continua se identificando com ele. Também costuma fazer alterações corporais, como exercícios físicos ou depilação, para aproximar seu corpo ao que é esperado para seu gênero. Exemplos: mulher cissexual – nasceu com vagina e vulva e se identifica como mulher, homem cissexual – nasceu com pênis e se identifica como homem.

Comportamento sexual: as práticas sexuais, com quem o indivíduo mantém relações sexuais. Embora possa parecer natural que indivíduos que sentem atração por pessoas do mesmo gênero

se identifiquem como homossexuais (ou lésbicas ou *gays*), isso não é constante. Por exemplo: homens que fazem sexo com homens (HSHs) diz respeito àqueles que têm atividade sexual com outros homens, independentemente, da forma como se identificam; muitos optam por não se identificarem como homossexuais. O mesmo se aplica a mulheres que fazem sexo com mulheres (MSMs).

Identidade sexual: é a percepção de uma pessoa como pertencente a determinado grupo que abrange comportamentos sexuais afins. A identidade sexual é uma característica pessoal independente de expressão ou de identidade de gênero.

Heterossexual: identificação com o grupo de pessoal que têm desejo por pessoas de outro gênero.

Homossexual/gay/lésbica: identificação com o grupo de pessoas que têm desejo por pessoas do mesmo gênero.

Bissexual: identificação com o grupo de pessoas que têm desejo por pessoas de ambos os gêneros.

17.2 Sexualidade e Identidade de Gênero na Infância e na Adolescência

Além da constituição do sexo genético (XX, XY) e do morfológico (ovários, testículos), o processo de desenvolvimento sexual engloba três questões psicológicas cruciais para a experiência pessoal da sexualidade:

- Expressão de gênero;
- Identidade de gênero;
- Orientação sexual.

A expressão ou *performance* de gênero é constituída por meio das expectativas culturais quanto ao comportamento para cada sexo/gênero. Em nossa cultura é comum que parentes vistam meninas com roupas rosa e meninos com azul, estimulando, desde o nascimento, padrões de gênero.

Por volta dos três anos, as crianças iniciam a percepção de quem é mulher e de quem é homem, incluindo a sua própria identidade de gênero, ou seja, de qual gênero se percebem.

Todavia, a sexualidade e o interesse por outra pessoa viriam mais tarde, acompanhados da puberdade e de mudanças hormonais. Assim, a orientação sexual pode ser vista como o terceiro aspecto desse processo.

Ao lado da expressão de gênero e da identidade de gênero, cada pessoa tem sua orientação sexual, seja ela homossexual, bissexual, heterossexual ou outra.

Na infância, comportamentos discordantes do esperado para o gênero atribuído ao nascer podem gerar estigma e preconceito. Adolescentes e crianças com tais comportamentos são mais vulneráveis a problemas emocionais e sociais, como depressão, ansiedade e ideação suicida, como se verá adiante.

Meninas masculinas e meninos femininos, em muitos ambientes, são recebidos com rechaço, com recriminação, com temor e com isolamento, os quais ocasionam os sintomas referidos.

Sendo assim, o atendimento em saúde mental a essa população na infância e na adolescência deve oferecer apoio e educação a familiares e à escola para o desenvolvimento de um ambiente seguro, visando à prevenção e à promoção de saúde mental.

17.3 Vulnerabilidade e Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

No modelo de vulnerabilidade, a teoria do estresse de minoria é útil para explicar a discrepância entre a saúde mental da população LGBT em relação às outras populações.

Tal modelo se baseia na teoria do estresse social e afirma que condições sociais específicas atuam como estressores, e moderadas por recursos de enfrentamento podem levar ao adoecimento.

Desse ponto de vista, o estresse a que minorias sexuais são sujeitas compreende três fatores:

- A experiência direta de preconceito, por meio da dificuldade de acesso a políticas e programas de saúde ou da violência, por exemplo;
- A expectativa de discriminação, ou seja, a percepção de que o comportamento sexual e a identidade de gênero não serão aceitos, o que leva à negação da própria identidade sexual e de gênero;
- O preconceito internalizado, na forma de sentimentos e de crenças negativas que o indivíduo tem a respeito de sua identidade sexual e de gênero.

Dessa forma, o estatuto social desfavorecido da população LGBT, em virtude do preconceito a que está sujeita, implica o engajamento em comportamentos de risco elevado e em vulnerabilidade para desfechos adversos em saúde.

O modelo do estresse de minoria postula que recursos de enfrentamento influenciam as respostas ao preconceito. Esses fatores podem variar a partir do nível individual (resiliência, capacidade de enfrentamento), do grupo (apoio social, solidariedade) ou de uma combinação de ambos (reavaliação de experiências estressantes por meio da participação em atividades comunitárias, por exemplo).

No Brasil, é notório o alto grau de preconceito a que está sujeita a população LGBT, especialmente a população trans. Pessoas cujas expressões de gênero são vistas como mais discordantes das hegemônicas são as que mais sofrem discriminação e, por conseguinte, enfrentam maior dificuldade em acessar serviços de saúde.

17.3.1 Dificuldade de Acesso à Saúde e de Comunicação com Profissionais de Saúde

Sabe-se que a discriminação aumenta o sofrimento da população LGBT, tornando homossexuais, bissexuais e transexuais mais vulneráveis a desenvolver transtornos mentais e ideação e tentativas de suicídio.

Essas pessoas também estão expostas a uma série de outras doenças, agravadas pela dificuldade que encontram em explicitar suas queixas aos profissionais de saúde.

Pontos de vista preconceituosos ainda são comuns no Brasil. Soma-se a eles o despreparo de profissionais de saúde para dialogar sobre gênero e sobre sexualidade com seus usuários, resultando no constante pressuposto de que todos são cissexuais e heterossexuais.

Não são raras atitudes inadequadas por profissionais de saúde, como o não reconhecimento do nome social de pessoas trans, a suposição de que o nome ou o sexo informado no documento seria um engano e o uso público do nome atribuído ao nascimento e da flexão de gênero correspondente, a despeito da vontade dos usuários. Isso fere o Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016 em seu artigo 2º “Os órgãos e as entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, em seus atos e procedimentos, deverão adotar o nome social da pessoa travesti ou transexual, de acordo com seu requerimento e com o disposto neste Decreto”. Ou seja, se o usuário preferir ser identificado pelo nome social, isso deverá ser respeitado.

Tais atitudes ocasionam avaliações clínicas errôneas e potencialmente nocivas. Além disso, a idéia de que se trataria de uma fase ou de que todos os indivíduos desejam pessoas do mesmo sexo desvaloriza o indivíduo LGBT, ratificando estereótipos e o desencorajando a se expressar abertamente com o profissional de saúde.

A homofobia e a transfobia, em suas diversas formas, influenciam o autocuidado e a saúde dessas populações. **Homossexuais e pessoas trans, especialmente aqueles e aquelas que se sentem menos confortáveis com a sua orientação sexual e com a sua identidade de gênero, tendem a protelar a busca por atendimento à saúde.**

Possíveis soluções incluem a capacitação permanente dos profissionais de saúde, bem como o estudo de materiais que proporcionem empatia com as pessoas LGBT.

17.4 Saúde Mental

Como discutido anteriormente, o estigma vivenciado pela população LGBT, em decorrência da não observância das normas e expectativas sociais vinculadas ao sexo atribuído ao nascimento e a sua orientação sexual, **coloca-as em situações de alto estresse e vulnerabilidade para transtornos mentais, como depressão, ansiedade e comportamento suicida.**

No caso das pessoas trans, essa suscetibilidade a transtornos mentais não pode ser compreendida como predisposição pela incongruência entre identidade de gênero e o sexo designado ao nascer.

A desconformidade do sexo atribuído ao nascimento à identidade de gênero não é uma doença. **No entanto, o sofrimento causado pela contradição entre a identidade de gênero e a aparência corporal – disforia de gênero– tem forte impacto negativo na saúde e no bem-estar das pessoas trans.**

Da mesma forma, **comportamento ruminativo** pode ser um modo de expressão do sofrimento de pessoas transexuais e de outras que não vivenciam livremente sua sexualidade, em função da homofobia e de formas semelhantes de preconceito. **A ruminação tem como um de seus sintomas o humor negativo persistente.**

Estresse ou eventos adversos ativam crenças negativas sobre si, que podem aparecer por meio da ruminação, levando a humor deprimido e síndrome depressiva.

A ruminação está, sobretudo, relacionada a estilos cognitivos mal adaptativos, incluindo estilos de inferência e atribuição negativa, atitudes disfuncionais, desesperança, pessimismo, autocrítica, baixo controle, dependência, sociotropia, carência e neuroticismo, mesmo após controle para sintomas depressivos.

Pode aumentar e prolongar a angústia por meio de retroalimentação, particularmente na depressão, a exemplo de aumento do pensamento negativo, da falha no processo metacognitivo e do enfraquecimento do suporte social.

Pesquisas demonstram que mulheres ruminam mais que homens. Além disso, altos níveis de ruminação estão associados com baixa autoestima. Mesmo não havendo estudos específicos com a população LGBT, a ruminação pode representar um mecanismo pelo qual se dá a relação entre exposição ao estresse e o início do transtorno de internalização, visto **que tanto ruminação quanto eventos traumáticos predizem início de depressão e de ansiedade e que a região cerebral ativada diante de uma rejeição social é a mesma ativada durante a autorreflexão.**

Depressão, carência de suporte social e situações de abuso físico e emocional de cunho homofóbico e transfóbico são vivenciadas desde a infância por pessoas LGBT.

Tais experiências são relevantes na avaliação da saúde mental e no entendimento dos aspectos negativos internalizantes da população LGBT, pois:

- Interferem negativamente na autoestima;
- Causam sentimentos de abandono;
- Ocasionalmente estigma social;
- Culminam, por vezes, em transtornos mentais, como depressão.

Estudos apontam que homossexuais apresentam índices mais elevados de sofrimento psicológico e relatam maior sentimento de angústia do que heterossexuais.

Para a população LGBT, estresse social, opressão e deficiência da rede de apoio são os fatores mais importantes para o risco de transtorno depressivo, que, por sua vez, prediz comportamento suicida, ansiedade, uso de substâncias e somatização.

17.4.1 Ansiedade

Transtornos de ansiedade são mais comuns em pessoas LGBT do que em heterossexuais e em cissexuais. Entre mulheres, bissexuais apresentam maior prevalência, sendo que lésbicas e mulheres com incerteza acerca de sua orientação sexual também apresentam mais ansiedade que as heterossexuais.

Homens apresentam risco semelhante: há mais transtornos de ansiedade em bissexuais do que em homossexuais e em homens em dúvida quanto à sua orientação sexual. Transexuais, por sua vez, apresentam mais transtornos de ansiedade que não transexuais. A literatura sugere que a maior incidência de ansiedade entre bissexuais se deva a estereótipos invasivos e a atitudes negativas sobre bissexualidade, não apenas entre heterossexuais, mas também entre lésbicas e gays, resultando em duplo estigma sobre bissexuais.

No suicídio, como declarações de óbito não incluem orientação sexual e identidade de gênero diferente do sexo atribuído ao nascer, não há estatística oficial ou modo confiável de calcular taxas de suicídio na população LGBT.

Metanálises indicam risco duas vezes e meia maior de tentativa de suicídio em pessoas LGBT. O risco é maior para homens (quatro vezes) que para mulheres (duas vezes).

Em relação ao suicídio, homens cissexuais apresentam mais tentativas e mulheres, mais ideação, ao contrário do que ocorre com heterossexuais.

Há pouca informação sobre pessoas transexuais, mas até um terço relata tentativa de suicídio, especialmente na adolescência ou pouco depois.

Adolescentes LGBT relatam duas vezes mais ideação e tentativas de suicídio. Ao que parece, jovens que se identificam como homossexuais tentam mais suicídio do que os que relatam atração ou atividade com parceiros do mesmo sexo, mas se identificam como heterossexuais.

Jovens tentam mais suicídio que adultos mais velhos, provavelmente em função da idade com que reconhecem e tornam pública sua orientação sexual.

O risco de suicídio é maior para pessoas LGBT com transtornos mentais, mas outros estressores são importantes. Especialmente significativa é a violência na escola quando a pessoa não se enquadra nos estereótipos de gênero ou orientação não heterossexual em idade precoce.

Assumir publicamente uma orientação sexual LGBT está associado, inicialmente, a risco maior de tentativa de suicídio, mas, posteriormente, a maior apoio social e a menos ideação suicida.

Os pais podem servir como fonte de apoio ou de estresse. Reações negativas por parte dos familiares à orientação sexual de jovens aumentam o risco de uso de substâncias, de ideação e de comportamento suicida.

Profissionais de saúde devem oferecer um ambiente seguro para avaliação de risco de suicídio da população LGBT, além de incentivar o apoio de familiares e de amigos e a prevenção de violência.

17.5 Disforia de Gênero

Disforia de gênero refere-se ao sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa.

Embora essa incongruência não cause desconforto em todos os indivíduos, muitos acabam sofrendo se as intervenções físicas desejadas por meio de hormônios e/ou de cirurgia não estão disponíveis.

O termo atual é mais descritivo do que o termo anterior transtorno de identidade de gênero, do DSM-IV, e foca a disforia como um problema clínico, e não como identidade por si própria.

Homem e mulher transexual (ou trans) são termos que se referem a indivíduos que desejam modificar seu corpo, para obter um maior reconhecimento pessoal e social do seu corpo. Utilizam-se transformações médicas, por meio de hormônios ou de cirurgias de redesignação sexual, e transformações sociais, como a alteração do sexo em documentos civis.

Homens trans são indivíduos que têm o sexo feminino atribuído no nascimento, mas se identificam como sendo do sexo masculino. Mulheres trans têm o sexo masculino atribuído no nascimento, mas se identificam como sendo do sexo feminino.

Atualmente essa condição é reconhecida pela OMS como um transtorno de identidade sexual, e estão descritas na 10ª versão da CID como transexualismo, bem como no DSM-5 como disforia de gênero

17.5.1 Disforia de Gênero em Crianças (F64.2)

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo seis dos seguintes (um deles deve ser o Critério A1):

1. Forte desejo de pertencer ao outro gênero ou insistência de que um gênero é o outro (ou algum gênero alternativo diferente do designado);
2. Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por *crossdressing* (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (gênero designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas;
3. Forte preferência por papéis transgêneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias;
4. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos pelo outro gênero;
5. Forte preferência por brincar com pares do outro gênero;
6. Em meninos (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas;
7. Em meninas (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas;
8. Forte desgosto com a própria anatomia sexual;

9. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o gênero experimentado.

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

Especificar se:

Com um transtorno do desenvolvimento sexual (p. ex., distúrbio adrenogenital congênito, como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congênita ou 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidade androgênica).

Nota para codificação: Codificar tanto o transtorno do desenvolvimento sexual como a disforia de gênero.

17.5.2 Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos (F64.1)

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

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

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

Especificar se: **Com um transtorno do desenvolvimento sexual** (p. ex., distúrbio adrenogenital congênito, como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congênita ou 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidade androgênica).

Nota para codificação: Codificar tanto o transtorno do desenvolvimento sexual como a disforia de gênero.

Especificar se: **Pós-transição**, o indivíduo fez uma transição para uma vida em tempo integral no gênero desejado (com ou sem legalização da mudança de gênero) e fez (ou está se preparando para fazer) pelo menos um procedimento médico ou um regime de tratamento transexual – a saber, tratamento hormonal transexual regular ou cirurgia de redesignação de gênero

confirmando o gênero desejado (p. ex., penectomia, vaginoplastia em um gênero masculino ao nascimento; mastectomia ou faloplastia em um gênero feminino ao nascimento).

Indivíduos com disforia de gênero apresentam incongruências acentuadas entre o gênero que lhes foi designado (em geral ao nascimento, conhecido como *gênero de nascimento*) e o gênero experimentado/expresso. Essa discrepância é o componente central do diagnóstico.

Deve haver também evidências de sofrimento causado por essa incongruência. O gênero experimentado pode incluir identidades de gêneros alternativas além dos estereótipos binários. Em consequência, o sofrimento não se limita ao desejo de simplesmente pertencer ao outro gênero, podendo incluir também o desejo de ser de um gênero alternativo, desde que diferente do designado.

17.6 Tratamento

A terapêutica recomendada para essa população tem sido o fomento para que usuários explorem seu gênero e encontrem uma identidade confortável para si.

Para as pessoas trans, o fundamental é encontrar recursos – tais como aconselhamento, terapia hormonal e outros procedimentos médicos e apoio social, necessários para que expressem livremente sua identidade de gênero, reduzam a discriminação e sejam socialmente reconhecidas. Esse processo pode ou não envolver modificações corporais e de expressão de gênero.

O tratamento médico pode incluir modificações do corpo por meio do uso de hormônios ou de cirurgias, e tais procedimentos são eficazes no alívio do sofrimento que as pessoas trans vivenciam. Igualmente relevante é o aconselhamento para modificação de documentos civis.

No Brasil, pessoas diagnosticadas com transexualismo a partir dos critérios estabelecidos na CID-10 podem acessar procedimentos de redesignação sexual pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo é reconhecido pelo CFM pela **Resolução nº 1.955, de 2010**, e, atualmente, é regulado pela **Portaria MS/GM nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

- Necessidade de habilitação específica do estabelecimento de saúde para oferecer esse atendimento;
- Acompanhamento por equipe multiprofissional, incluindo médico psiquiatra, endocrinologista, enfermeiro, psicólogo e assistente social;
- Diagnóstico conforme a CID-10;
- Idade mínima de 18 anos para acompanhamento clínico ou pré-operatório, a ser realizado por, no mínimo, dois anos;
- 18 anos para terapia hormonal;

- 21 anos para cirurgias.

Cabe ressaltar que a **Portaria MS/GM nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, ampliou o acesso a esses procedimentos** a pessoas trans que não necessariamente buscam cirurgias de redesignação genital, mas optam apenas por uso de hormônios ou por colocação de próteses, por exemplo.

Consoante o **Parecer nº 08/2013 do CFM**, alguns centros têm oferecido atendimento a crianças e a adolescentes em caráter de pesquisa. Tem-se observado que o acesso aos procedimentos cirúrgicos está condicionado ao diagnóstico de doença mental, o qual tem efeito estigmatizante sobre as pessoas trans.

Muitos desses indivíduos não experimentam seu gênero de maneira angustiante ou incapacitante, afirmando que seu sofrimento vem do não reconhecimento de sua identidade.

Portanto, é fundamental o reconhecimento da identidade de gênero das pessoas trans como legítima como parte da diminuição desse sofrimento.

Além disso, a comunidade científica internacional tem buscado equacionar a redução do estigma com a necessidade de acesso a saúde pela população trans.

Alguns autores, alternativamente, preferem referir-se à disforia de gênero como uma condição transitória, que nasce do mal-estar causado pela falta de acordo entre a identidade de gênero e as características sexuais primárias e secundárias. Esse é o caso do DSM-5. O termo disforia de gênero tem a vantagem de se referir a **uma forma de sofrimento que pode ser remediada.**

Contrariamente ao transtorno da identidade de gênero, pode oferecer um mecanismo para atuação dos serviços de saúde sem impor um estigma permanente às pessoas.

Além disso, estão em discussão outras classificações a serem incorporadas na CID-11 que pretendem deixar de classificar essa condição como um transtorno mental.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

Encaminhamento para o processo transexualizador

O acesso ao Processo Transexualizador se dará somente para usuários maiores de 18 anos, quando se tratar da utilização de hormonioterapia e acima de 21 anos para ser encaminhado para cirurgia de redesignação sexual. Os usuários que procurarem as Unidades Básicas de Saúde com interesse no Processo Transexualizador / Cirurgia deverão ser encaminhados para o Serviço de Referência habilitado pelo Ministério da Saúde, via formulário de Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

18 SÍNDROME DE *BURNOUT* / ESGOTAMENTO

A denominação vem do inglês “*to burn out*” (queimar por completo), como aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia.

Freudenberger (1974) criou a expressão *staff burnout* para descrever uma síndrome composta por **exaustão, desilusão e isolamento primeiramente em trabalhadores da saúde mental** (médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem e enfermeiros).

O *burnout* foi reconhecido como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos.

No Brasil, o Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, aprovou o Regulamento da Previdência Social e, em seu Anexo II, trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais.

O grupo V da Classificação Internacional das Doenças – CID-10 – cita a “Sensação de Estar Acabado” (“Síndrome de *Burnout*”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) como sinônimos do *Burnout*, que, na CID-10, recebe o código **Z73.0**.

Em estudo de equipe pertencente à OMS, considerou o *burnout* **como uma das principais doenças dos europeus e americanos**, ao lado do diabetes e das doenças cardiovasculares.

Em relação à população geral, pouco se sabe sobre a prevalência do *burnout*. Atinge em maior número membros **da segurança pública, da saúde pública e da educação**.

18.1 Avaliação e Diagnóstico

A Síndrome de *Burnout* é um processo iniciado com excessivos e prolongados níveis de estresse (tensão) no trabalho. As características individuais associadas às do ambiente e às do trabalho propiciariam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome:

- Exaustão emocional (EE);
- Distanciamento afetivo (despersonalização – DE);
- Baixa realização profissional (RP).

O questionário de *Maslach Burnout Inventory* e suas adaptações para o Brasil (ver em anexo) é um bom guia para identificar sinais de *burnout*, porém uma vez identificadas é necessária uma avaliação completa visto que os casos de comorbidades psiquiátricas como depressão e ansiedade podem estar presentes.

Fatores de Riscos Organizacionais:

- Burocracia (excesso de normas);
- Falta de autonomia (impossibilidade de tomar decisões sem ter de consultar ou obter autorização de outrem);
- Normas institucionais rígidas;
- Mudanças organizacionais frequentes (alterações frequentes de regras e normas);

- Falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipe;
- Comunicação ineficiente;
- Impossibilidade de ascender na carreira, de melhorar sua remuneração, de reconhecimento de seu trabalho, etc;
- O ambiente físico e seus riscos, incluindo calor, frio e ruídos excessivos ou iluminação insuficiente, pouca higiene, alto risco tóxico e até de vida;
- Acúmulo de tarefas por um mesmo indivíduo;
- Convívio com colegas afetados pela síndrome.

Fatores de Riscos Individuais:

- **Padrão de personalidade:** indivíduos competitivos, esforçados, com excessiva necessidade de controle das situações, dificuldade em tolerar frustração;
- **Lócus de controle externo:** consideram que suas possibilidades e acontecimentos de vida são consequentes à capacidade de outros, à sorte ou ao destino;
- **Superenvolvimento:** sujeitos empáticos, sensíveis, humanos, com dedicação; profissional, altruístas, obsessivos, entusiastas, suscetíveis a se identificarem com os demais;
- **Indivíduos pessimistas:** costumam destacar os aspectos negativos, prevêm insucesso, sofrendo por antecipação;
- **Indivíduos perfeccionistas:** são bastante exigentes consigo mesmos e com os outros, não tolerando erros e dificilmente se satisfazendo com os resultados das tarefas realizadas;
- **Indivíduos com grande expectativa e idealismo em relação à profissão:** podem deixar de ser realistas, tendo grandes chances de se decepcionarem. Se associado ao otimismo, pode levar a baixos índices de *burnout*;
- **Indivíduos controladores:** são inseguros, preocupam-se excessivamente, têm dificuldade em delegar tarefas e em trabalhar em grupo;
- **Indivíduos passivos:** mantêm-se na defensiva e tendem à evitação diante das dificuldades;
- **Gênero:** as mulheres apresentam maior pontuação em exaustão emocional; e os homens, em despersonalização;
- **Nível educacional:** indivíduos com nível mais elevado;
- **Estado civil:** maior risco em solteiros, viúvos ou divorciados.

Fatores de Riscos Laborais:

- Sobrecarga;
- Baixo nível de controle das atividades ou acontecimentos no próprio trabalho;
- Baixa participação nas decisões sobre mudanças organizacionais;
- Expectativas profissionais;
- Sentimentos de injustiça e de iniquidade nas relações laborais;
- Trabalho por turnos ou noturno;
- Precário suporte organizacional e relacionamento conflituoso entre colegas;
- Relação muito próxima e intensa do trabalhador com as pessoas a que deve atender; responsabilidade sobre a vida de outrem;

- **Conflitos de papel:**
 - Conjunto de funções, expectativas e condutas que uma pessoa deve desempenhar em seu trabalho.
- **Ambiguidade de papel:**
 - Normas, direitos, métodos e objetivos pouco delimitados ou claros por parte da organização.

Fatores de Riscos Sociais:

- **Falta de suportes social e familiar:** impede o indivíduo de contar com colegas, amigos de confiança e familiares;
- **Manutenção do prestígio social em oposição à baixa salarial que envolve determinada profissão:** o indivíduo busca vários empregos, surgindo sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, pouco tempo para descanso e lazer, para atualização profissional, levando-o à insatisfação e à insegurança nas atividades desempenhadas;
- **Valores e normas culturais.**

Sintomas Físicos:

- Fadiga constante e progressiva;
- Dores musculares ou osteomusculares (na nuca e ombros; na região das colunas cervical e lombar);
- Distúrbios do sono;
- Cefaleias, enxaquecas;
- Perturbações gastrointestinais (gastrites até úlceras);
- Imunodeficiência com resfriados ou gripes constantes, com afecções na pele (pruridos, alergias, queda de cabelo, aumento de cabelos brancos);
- Transtornos cardiovasculares (hipertensão arterial, infartos, entre outros);
- Distúrbios do sistema respiratório (suspiros profundos, bronquite, asma);
- Disfunções sexuais (diminuição do desejo sexual, dispareunia/anorgasmia em mulheres, ejaculação precoce ou impotência nos homens);
- Alterações menstruais nas mulheres.

Sintomas Psíquicos:

- Falta de concentração;
- Alterações de memória (evocativa e de fixação);
- Lentificação do pensamento;
- Sentimento de solidão;
- Impaciência;
- Sentimento de impotência;
- Labilidade emocional;
- Baixa autoestima;
- Desânimo;
- Agressividade;

- Dificuldade para relaxar e aceitar mudanças;
- Perda de iniciativa;
- Consumo de substâncias (álcool, café, fumo, tranquilizantes, substâncias ilícitas);
- Comportamento de alto risco;
- Depressão; Ansiedade/Pânico; Ideação suicida.

Consequências do *Burnout*:

- A instituição tem um aumento em seus gastos (tempo, dinheiro) com a consequente rotatividade de funcionários acometidos pelo *burnout*, assim como com o absenteísmo destes;
- Ocorre diminuição na qualidade do trabalho por mau atendimento, procedimentos equivocados, negligência e imprudência;
- A predisposição a acidentes aumenta devido a faltas de atenção e concentração;
- O abandono psicológico e físico do trabalho pelo indivíduo acometido por *burnout* leva a prejuízos de tempo e dinheiro para o próprio indivíduo e para a instituição que tem sua produção comprometida;
- O indivíduo acometido por *burnout* pode provocar distanciamento dos familiares, até filhos e cônjuge.

18.2 Prevenção e Tratamento

- Ao perceber os sintomas de Síndrome de Burnout buscar ajuda profissional;
- **Estratégias saudáveis de enfrentamento:** desenvolver estratégias saudáveis para lidar com estressores ocupacionais;
- **Manejo de problemas:** identificar e reconhecer problemas e as variáveis implicadas, possibilitando respostas adequadas por meio da seleção da estratégia mais eficaz;
- **Expectativas profissionais realistas:** discutir as crenças acerca de sua prática, auxiliando a desenvolver concepções mais realistas e adequadas à profissão; atenuar o sentimento de responsabilização e vitimização para os estressores presentes no contexto de trabalho.

Importante: Encaminhamentos vide capítulo 5, página 48

Lembrar de notificar o transtorno mental relacionado ao trabalho na Ficha de Notificação – SINAN, de acordo com a Portaria MS/GM nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. A ficha de notificação se encontra na Intranet/Pub.Documentos/Documentos/CEREST/FICHA SINAN – Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. Após o preenchimento, a ficha deve ser encaminhada ao CEREST, no Centro de Vigilância em Saúde.

18.3 Questionário Preliminar de Identificação da Síndrome de *Burnout*

Quadro 53 – Questionário preliminar de identificação da Síndrome de *Burnout*

Marque "X" na coluna correspondente:									
1 - Nunca		2 - Anualmente		3 - Mensalmente		4 - Semanalmente		5 - Diariamente	
Nº	Características psicofísicas em relação ao trabalho	1	2	3	4	5			
1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação ao meu trabalho								
2	Sinto-me excessivamente exausto ao final da minha jornada de trabalho								
3	Levanto-me cansado(a) e sem disposição para realizar o meu trabalho								
4	Envolvo-me com facilidade nos problemas dos outros								
5	Trato algumas pessoas como se fossem da minha família								
6	Tenho que desprender grande esforço para realizar minhas tarefas laborais								
7	Acredito que eu poderia fazer mais pelas pessoas assistidas por mim								
8	Sinto que meu salário é desproporcional às funções que executo								
9	Sinto que sou uma referência para as pessoas que lido diariamente								
10	Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado(a)								
11	Não me sinto realizado(a) com o meu trabalho								
12	Não sinto mais tanto amor pelo meu trabalho como antes								
13	Não acredito mais naquilo que realizo profissionalmente								
14	Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significante								
15	Sinto que estou no emprego apenas por causa do salário								
16	Tenho me sentido mais estressado(a) com as pessoas que atendo								
17	Sinto-me responsável pelos problemas das pessoas que atendo								
18	Sinto que as pessoas me culpam pelos seus problemas								
19	Penso que não importa o que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho								
20	Sinto que não acredito mais na profissão que exerço								
	Totais (multiplique o número de X pelo valor da coluna) →								
	Some o total de cada coluna e obtenha seu score →								
RESULTADOS									
De 0 a 20 pontos		Nenhum indício da <i>Burnout</i> .							

De 21 a 40 pontos	Possibilidade de desenvolver <i>Burnout</i> , procure trabalhar as recomendações de prevenção da Síndrome.
De 41 a 60 pontos	Fase inicial da <i>Burnout</i> , procure ajuda profissional para debelar os sintomas e garantir, assim, a qualidade no seu desempenho profissional e a sua qualidade de vida.
De 61 a 80 pontos	A <i>Burnout</i> começa a se instalar. Procure ajuda profissional para prevenir o agravamento dos sintomas.
De 81 a 100 pontos	Você pode estar em uma fase considerável da <i>Burnout</i> , mas esse quadro é perfeitamente reversível. Procure o profissional competente de sua confiança e inicie o quanto antes o tratamento.

Atenção: Este instrumento é de uso informativo apenas e não deve substituir o diagnóstico realizado por médico ou psicoterapeuta de sua preferência e confiança.

Fonte: Benevides-Pereira, 2001.

REFERÊNCIAS

1. ABRAHAM, S. **Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy**. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2001. v.22, n.3, p.159-63.
2. AIKEN, L.H.; CLARKE, S.P.; SLOANE, D.M. **Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings**. Nurs Outlook, 2002. Sep-Oct;50(5):187-194.
3. AKERSTEDT, T. **Sleep – Gender, age, stress, work hours**. In: WHO technical meeting on sleep and health. Bonn Germany, 2004. p.156-180.
4. ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. **Confiabilidade da versão brasileira da Escla de Depressão em Geriatria (GDS) versão resumida**. Arq. Neuro-Psiquiatr, 1999, v.57, n.2B, pp.421-426
5. ALONSO-BLANCO, C.; FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C.; MORALES-CABEZAS, M.; ZARCO-MORENO, P.; Ge, H.Y.; FLOREZ-GARCÍA, M. **Multiple active myofascial trigger points reproduce the overall spontaneous pain pattern in women with fibromyalgia and are related to widespread mechanical hypersensitivity**. The Clinical Journal of Pain. 2011;27:405.
6. AMARAL, D.M. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil**. Rio de Janeiro – RJ: UERJ; 2011.
7. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY – AACAP. **Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders**. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; 46(2):267-83.
8. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – AAP. Subcommittee on Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. **ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents**. Pediatrics, 2011. Nov;128(5):1007-22.
9. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. **Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa – technical support paper**. Journal of the American Dietetic Association, 1994; 8:902-7.
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5ª edição. Porto Alegre – RS: Artmed, 2014.
11. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION – AMA. **Policies on GLBT issues** [internet]. Chicago: AMA; 2014. Acesso em 20/12/2014. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/glb-t-advisory-committee/ama-policy-regarding-sexual-orientation.page> .
12. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder** (revision). American Journal of Psychiatry, 2002. Apr;159(4 Suppl):1-50.
13. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Gender dysphoria**. In: Diagnostic statistical manual of mental disorders: DSM V. 5th ed. Arlington: APA; 2013.

14. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia**. 2.ed. American Journal of Psychiatry, 2004. Feb;161(suppl 2):1-114.
15. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Treatment of patients with eating disorders**. Third edition. American Journal of Psychiatry, 2006. Jun;163(7 Suppl):4-54.
16. ANDERSON, I.M.; FERRIER, I.N.; BALDWIN, R.C.; et al. **Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines**. Journal of Psychopharmacology, 2008. Jun;22(4):343-96.
17. ANDERBERG, U.M. **Stress-related syndromes – Contemporary illnesses**. Lakartidningen, 2001. Dec 19;98(51-52):5860-3.
18. ANJOS, L. A. **Índice de massa corporal (massa corporal estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura**. Revista de Saúde Pública, 1992. São Paulo, v.26, n.6, p.431-436.
19. ANS – AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008
20. ARAUJO, T.S.; REIS, E.; KAVALKIEVICZ, C. **Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino: Salvador, Bahia**. Sindicato dos Professores do Estado da Bahia, Salvador, 1998.
21. ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI ... [ET AL.]. **Psicofármacos [recurso eletrônico]: consulta rápida /– 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011**
22. ASBAHR, F.R. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos**. Jornal de Pediatria, 2004. Rio de Janeiro, v.80, n.2(supl): S28-S34.
23. ASTRACHAN-FLETCHER, E.; VELDHUIS, C.; LIVELY, N.; FOWLER, C.; MARCKS, B. **The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care**. Journal of Womens Health (Larchmt), 2008. Mar,17:227-39.
24. ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. **É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde**. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). Impactos da violência na saúde. 2. ed. Rio de Janeiro – RJ: FIOCRUZ, 2009. p.380.
25. ASSIS, S. G. **Crescer sem violência: um desafio para educadores**. Rio de Janeiro – RJ: Fiocruz/ENSP/CLAVES, 1994. p.24.
26. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. Projeto Diretrizes. **Abuso e Dependência da Cocaína**. (Autores: ROMANO, M.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A.C.P.R.) São Paulo – SP: Associação Médica Brasileira; Associação Brasileira de Psiquiatria; Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/005.pdf>.

27. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB e CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Projeto Diretrizes. **Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos de Ansiedade**. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>.
28. ASSUMPÇÃO JR, F. B. **Aspectos psiquiátricos da criança escolar**. Revista Psicopedagogia. São Paulo – SP, 2009. v.26, n.81.
29. BARBUI, C. **Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013. v.17, n.7.
30. BACALTCHUK, J.; HAY, P. **Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa**. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.
31. BAILEY, J.M. **Homosexuality and mental illness**. Archives of General Psychiatry, 1999. Oct;56(10):883-4.
32. BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. **Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil**. In: Anais da XXXII Reunião Anual de Psicologia. Sociedade Brasileira de Psicologia. Rio de Janeiro – RJ: 20011. p.84-85.
33. BENUTE, G.R.G.; et al. **Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório**. Revista da Associação Médica Brasileira, 2011. v.57, n.5, p.583-587.
34. BERKMAN, N.D; BULIK, C.M.; BROWNLEY, K. A.; et al. **Management of Eating Disorders**. Evidence Report/Technology Assessment, nº 135. (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract nº 290-02-0016.) AHRQ Publication nº 06-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April, 2006.
35. BLAIR, D.T.; RAMONES, V.A. **Understanding vicarious traumatization**. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 1996. v.34, p.24-30.
36. BOARDMAN, A.; HODGSON, R. **Community in-patient units and halfway hospitals**. Advances in Psychiatric Treatment, 2000. v.6, p.120-7.
37. BORGES, L.O; ARGOLLO, J.C.T.; PEREIRA, A.L.S; MACHADO, E.A.P.; SILVA, W.S. **A Síndrome de *Burnout* e os Valores Organizacionais: um estudo comparativo em Hospitais Universitários**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002. Vv.15, n.1, p.189-200.
38. BOTEGA, N.J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e emergência**. 3ª ed. Porto Alegre – RS: Artmed, 2012.
39. BOTEGA, N. J., & Garcia, L. S. L. (2004). Brazil: **the need for violence** (including suicide) prevention. World Psychiatry, 3, 157-158.
40. BOTEGA, N.J.; WERLANG, B.S.V.; CAIS, C.F.S.; MACEDO M.M.K. in Revista Psico, Porto Alegre v.37, n 3, p 213-220, set/dez 2006.

41. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Programa Nacional Telessaúde – Brasil Redes. Disponível em: <http://telessaude.saude.ms.gov.br/portal/sobre-o-telessaude-2/> . Acessado em 29/08/2018.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial. Acesso em 02/08/2018.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em 02/08/2018.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: 2017.
45. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº8.727, de 28 de abril de 2016**. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília – DF: 2016.
46. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014**. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Poder Executivo. Brasília – DF: 2014.
47. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília – DF: 2014.
48. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Brasília – DF: 2014a.
49. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**: Volume III. Brasília – DF: 2014b.
50. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: 2013.
51. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013**. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília – DF: 2013.

52. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013.** Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Geração de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Geração de Geração de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília – DF: 2013.
53. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do espectro autista (TEA).** Brasília – DF: 2013.
54. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do espectro autista e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS.** Brasília – DF: 2013.
55. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental – Caderno de Atenção Básica, nº 34.** Brasília – DF: 2013.
56. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Anexo da Portaria nº 364, de 09 de abril de 2013.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia. Brasília – DF: 2013.
57. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012.** Ficam alterados, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes atributos dos procedimentos a seguir especificados, a partir da competência Outubro de 2012. Brasília – DF: 2012.
58. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília – DF: 2012.
59. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Cadernos da Atenção Básica nº 28, Volume II. Brasília – DF: 2012a.
60. BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. Brasília – DF: 2011.
61. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.** Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília – DF, 2011.
62. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial

para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: 2011.

63. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília – DF: 2011.
64. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília – DF: 2011.
65. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília – DF: 2011a
66. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. 2ª edição. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
67. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília – DF: 2010.
68. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. – 2. ed. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.
69. BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 12.015, de 07 de agosto de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília – DF: 2009.
70. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília – DF: 2008.
71. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília – DF: 2008.
72. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília – DF: 2008.
73. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília – DF: 2007.
74. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS. Assistência Farmacêutica no SUS, volume 7. Brasília – DF: 2007.

75. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Brasília – DF: 2006.
76. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.145, de 7 de julho de 2005**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília – DF: 2005.
77. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília – DF: 2004.
78. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.406, de 05 de novembro de 2004**. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília – DF: 2004.
79. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 936 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília – DF: 2004.
80. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. SANTOS, B.R.; IPPOLITO, R.; et al. (coordenação técnica). **Guia Escolar: Identificação de Sinais de Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. 2ª edição revisada e atualizada. Brasília – DF: 2004.
81. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nº 10.048, de que dá prioridade de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília – DF: 2004.
82. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dispõe das Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002 – Brasília – DF: 2004
83. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003**. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Brasília – DF: 2003.
84. BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília – DF: 2003.
85. BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília – DF: 2003.

86. BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília – DF: 2003.
87. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Poder Executivo. Brasília – DF: 2002.
88. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília – DF: 2001.
89. BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal 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. Brasília – DF: 2001.
90. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço**. Brasília – DF: 2001.
91. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso 2001**. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2001.
92. BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 3.088, de 06 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. Brasília – DF: 2001.
93. BRASIL. Ministério da Saúde. Casa do Autista. **Autismo: Orientação para os pais**. Brasília – DF: 2000.
94. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2.000**. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília – DF: 2000.
95. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1.999**. Art. 1º Instituir a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria. Brasília – DF: 1999.
96. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília – DF: 1999.
97. BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília – DF: 1990.
98. BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília – DF: 1990.

99. BROWN, S.; INSKIP, H.; BARRACLOUGH, B. **Causes of the excess mortality of schizophrenia**. The British Journal of Psychiatry, 2000. Sep:177, p.212-7.
100. BRUCKI, S.M.D.; FERRAZ, A.C.; FREITAS, G.R.; MASSARO, A.R.; RADANOVIC, M.; SCHULTZ, R.R. **Tratamento da demência vascular**. Dement Neuropsychol, 2011. June:5(Suppl 1):78-90.
101. BUENO, J. R. **Emprego clínico, uso indevido e abuso de benzodiazepínicos** – Uma revisão. Revista Debates em Psiquiatria, Mai/Jun 2012.
102. CAFRUNI, K.H.; BROLESE, G.; LOPES, F. **Tratamentos não Farmacológicos para Dependência Química**. DIAPHORA – Revista de Psicologia do Rio Grande do Sul. v.14, n.1, p.10-19, set. 2014.
103. CAIXETA, L. **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: ArtMed, 2016.
104. CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. **Comorbidades psiquiátricas no tabagismo**. Canoas: Aletheia, n.23, jun.2006.
105. CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, C.S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, E.; RENNÓ JR., R. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. Revista de Psiquiatria Clínica. v.33, n.2, p.92-102. São Paulo – SP: 2006.
106. CAMPOS, M.T.F.S.; MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R.C. **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição no idoso**. Revista de Nutrição, v.13, n.3, p.157-165. Campinas – SP: 2000.
107. CARLOTTO, M. **Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional**. Rio Grande do Sul, Caderno Universitário, Ulbra, 2001.
108. CASPER, R.C. et al. **Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa**. Archives of General Psychiatry, 1980. v.37, p.1030-1035.
109. CASTRO, L.A.; BALTIERI, D.A. **Tratamento Farmacológico da Dependência do Álcool**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004. São Paulo: 26(Supl):43-46.
110. CASTRO, G.L.G.; et al. **Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia**. Revista Interdisciplinar, 2013. Centro Universitário UININOVAFAPI, v.6, n.1.
111. CERQUEIRA-SANTOS, C.; CALVETTI, P.U.; ROCHA, K.B.; MOURA, A.; BARBOSA, L.H.; HERMEL, J. **Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde**. Interamerican Journal of Psychology, 2010. Vv,44, n.2, p.235-45.
112. CHALUB, M; TELLES, L.E.B.T. **Álcool, drogas e crime**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2006. São Paulo, v.28, supl.2, p.69-73.
113. CHIAVERINI, Dulce Helena (org). **Guia Prático de matriciamento em Saúde Mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011

114. CIULLA, L.; SERRANO, A.I; TRES, G.L.; CATALDO NETO, A. **Suicídio: avaliação de risco e manejo.** In: CATALDO NETO, A.; GAUER, A.G.J.C.; FURTADO, N.R. **Psiquiatria para estudante de medicina.** 2ª edição. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2013.
115. CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. **Crítérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 2002. v.24, Supl.3, p.7-12.
116. CLAUDINO, A.M.; HAY, P.; LIMA, M.S.; et al. **Antidepressants for anorexia nervosa** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.
117. CLAUDINO, A.M.; ZANELLA, M.T. **Transtornos alimentares e obesidade.** Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: Unifesp – Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole; 2005.
118. COLEMAN, E.; BOCKTING, W.; BOTZER, M.; et al. **Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people,** version 7. International Journal of Transgenderism, 2011. Sep;13, p.165-232.
119. COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (organizadoras). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: Memórias do II Seminário Internacional Educação Medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos.** Ed. Campinas: Mercado de Letras, 2013.
120. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Processo consulta CFM-CONS. nº 32/1984: Parecer.** Fortaleza – CE: 1985.
121. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Comissão de Assuntos Sociais do Conselho Federal de Medicina. **Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso de crack.** Brasília – DF: 2013. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>>.
122. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 1.955/2010.** Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Brasília – DF: 2010.
123. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Parecer CFM nº 08/2013.** Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais. Brasília – DF: 2013.
124. CORDÁS, T.A. **Classification and diagnosis of eating disorders.** Revista de Psiquiatria Clínica, 2004. v.31, n.4, p.154-157.
125. COSTA, A.B.; PERONI, R.O.; BANDEIRA, D.R.; NARDI, H.C. **Homophobia or sexism? A systematic review of prejudice against nonheterosexual orientation in Brazil.** International Journal of Psychology, 2013. v.48, n.5, p.900-9.
126. COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. **Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto.** Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, 2007. v.34, n.4, p.157-165.

127. COWIN, L.; DAVIES, R.; ESTALL, G.; BERLIN, T.; FITZGERALD, M.; HOOT, S. **De-escalating aggression and violence in the mental health setting**. International Journal of Mental Health Nursing, 2003. v.12, n.1, p.64-73.
128. CUIJPERS, P.; VAN STRATEN, A. A, VAN OPPEN, P.; et al. **Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies**. Journal of Clinical Psychiatry, 2008. v.69, p.1675–1685.
129. CURATOLO, E. **Psicoses na Infância**. In: MIGUEL, E.C; GENTIL, V.; GATTAZ, W.Jr., eds. Clínica Psiquiátrica de Bolso. p.650 -7. Barueri – SP: Manole, 2011.
130. DAIMOND, I. **Nutritional disorders of the nervous system**. In: WYNGARDEN, B.; SMITH Jr., L.H.; BENNET, J.C. Ed. Cecil textbook of medicine.19th ed. Philadelphia, WB Saunders, 1982. p.2046-7.
131. DAVIDSON, L.; McGLASHAN, T.H. **The varied outcomes of schizophrenia**. The Canadian Journal of Psychiatry, 1997. v.42, p.34-43.
132. DEL PORTO, J. A. **Crises de pânico na prática médica**. Psiquiatria na Prática Médica, 2000. v.33, n.4, p.119-124.
133. DENIS, C.; FATSEAS, M.; LAVIE, E., AURIACOMBE, M. **Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings**. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley and Sons, Ltda.
134. DESLONDES, S. F. **Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Rio de Janeiro – RJ: Fiocruz, 1994.
135. DiClemente, C. C. **Motivational Interviewing and the Stages of Change**. In W. Miller & S. Rollnick (Org.). Motivational Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior, p. 191-201. Nova Iorque: Guilford, 1991.
136. DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R.; et al. **Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre – RS: Artmed, 2010.
137. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Laurez Ferreira Vilela (coordenadora). Brasília – DF, 2008.
138. DOMINGUES, L.; ZANCANELLA, S.; BASEGGIO, D. B. **Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade: um olhar voltado para a escola**. Revista Barbarói, 2013. n.39.
139. D'OLIVEIRA, C.F.; BOTEGA, N.J.; CAIS, C.F.; STEFANELLO S. **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica recursos da comunidade**. CAMPINAS – SP: Unicamp, 2009.
140. DUNCAN, B. B.; et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3ª edição. Porto Alegre – RS: Artmed, 2004.

141. DUNKER, K.L.L.; et al. **Transtornos alimentares e gestação: uma revisão.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2009. v.58, n.1, p.60-8.
142. ELKIS, H.; LOUZA, M.R. **Psicofarmacologia em Psiquiatria: Antipsicóticos.** In: MIGUEL, E.C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W.Jr.; eds. Clínica Psiquiátrica. Barueri – SP: Manole, 2011. p.1176 -9.
143. ELKIS, H. **Treatment-resistant schizophrenia.** Psychiatric Clinics of North America, 2007. v.30, n.3, p.511-33.
144. ERICK, M. **Eating disorders: a few more thoughts.** Journal of the American Dietetic Association. 2002. 102, p.477.
145. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Complexos Reguladores. **Protocolos de Acesso da Regulação do Estado de Santa Catarina.** Volume I. Florianópolis – SC: SES, 2017.
146. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Complexos Reguladores. **Protocolos de Acesso da Regulação do Estado de Santa Catarina.** Volume II. Florianópolis – SC: SES, 2017.
147. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **DELIBERAÇÃO 181/CIB/2017.** Considerando a necessidade de regulamentar os limites de idade para atendimento nos serviços de emergência
148. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina.** SERRANO, A.I., organizador. Florianópolis – SC: SES, 2016.
149. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolos Clínico – Transtorno Mentais e de Comportamento por Derivados da COCA.** Florianópolis – SC: SES, 2015.
150. , ambulatórios e enfermarias dos Hospitais vinculados ao SUS/SC – Florianópolis – 2017.
151. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Telemedicina Santa Catarina. Disponível em: <<http://telessaude.ufsc.br/>>.
152. ESTADO DO PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha de Cuidado. Curitiba – PR: SES.
153. FABRI, R.M.; Moreira MA, Garrido R, Almeida OP. **Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly.** Arquivos de Neuro-psiquiatria, 2001. v.59, n.2-A, p.175-9.
154. FAHY, T.; MORRISON, M. **The clinical significance of eating disorders in obstetrics.** British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1993. v.100, p.708-10.
155. FAHY, T; O'DONOGHUE, G. **Eating disorders in pregnancy.** Psychological Medicine, 1991. v.21, p.577-80.

156. FALKAI, P.; WOBROCK, T.; LIEBERMAN, J.; et al. **Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica (WFSBP) para o tratamento biológico da esquizofrenia.** Revista de Psiquiatria Clínica, 2006. v.33, supl.1, p.7-64.
157. FERGUSON, D.M.; HORWOOD, L.J.; BEAUTRAIS, A.L. **Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?** Archives of General Psychiatry, 1999. v.56, n.10, p.876-80.
158. FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro p. v.14, n.1, p.129 a 138, jan/fev 2009.
159. FIORE, M. C.; et al. **Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.** Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, 2008. 257p.
160. FLAHERTY, J.H.; LITTLE, M.O. **Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room, a restraint-free environment for older hospitalized adults with delirium.** Journal of the American Geriatrics Society, 2011. Vv.59, suppl.2, p.295-300.
161. FLEITLICH, B.W.; et al. **Anorexia nervosa na adolescência.** Jornal de Pediatria, 2000. v.76, supl.3, p.323.
162. FOLKS, D.G.; FORD, C.V.; REGAN, W.M. **Conversion symptoms in general hospital.** Psychosomatics, 1984. v.25, p.285-95.
163. FOLSTEIN M.F.; FOLSTEIN S.E.; McHUGH P.R. **Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** J Psychiatric Res. 1975; 12:189-98
164. FONTES, M. E.; LIRA, L.F.M.M. **Violência física contra a criança e o adolescente.** Coletânea de artigos enfrentando a violência na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. Brasília – DF: 2005.
165. FORD, C.V.; FOLKS, D.G. **Conversion disorders: an overview.** Psychosomatics, 1985. v.26, p.371-83.
166. FORLENZA, O.V. **Transtornos Depressivos em Idosos.** Em FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo – SP: Atheneu, 2000. p. 299-308.
167. FORLENZA, O.V.; MIGUEL, E.C. **Compêndio de Clínica Psiquiátrica. Transtornos alimentares e obesidade.** Barueri – SP: Manole, 2012. p.387-404.
168. FORLENZA, O.V.; MIGUEL, E.C. **Compêndio de Clínica Psiquiátrica. Cap.40 Abordagem dos transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério.** p.640. Barueri – SP: Manole, 2012.
169. FONSECA, F.N.; GONDIM, A.P.S.; FONTELES, M.M.F. **Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack.** Saúde Debate. Rio de Janeiro – RJ: 2014. v.38, n.102, p.551-61.
170. FRANKO, D.L.; SPURELL, E.B. **Detection and management of eating disorders during pregnancy.** Obstetrics e Gynecology, 2000. v.95, p.942-6.

171. FREUDENBERGER, H.J. **Staff burnout**. Journal of Social, 1974. Issues 30, p.159-165.
172. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG. Diretrizes Clínicas, Protocolos Clínicos. **Acolhimento aos Usuários de Álcool e Drogas**. Belo Horizonte – MG: 2013.
173. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. **Deficiência Mental**. Rio de Janeiro – RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2005. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/deficiencia-mental.htm>>. Acesso em 13/04/2017.
174. GALBALLY, M.; SNELLEN, M.; LEWIS, A.J. **Psychopharmacology and Pregnancy: Treatment Efficacy, Risks, and Guidelines**. Heidelberg / Londres: Springer-Verlag, 2014. Parcialmente disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=uqQqBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.
175. GIANINI, R.J.; HÜBNER, C.K.; NORDON, D.C. **Protocolos de atendimento e encaminhamento em saúde mental para unidades básicas de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2012.
176. GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde Superintendência de Planejamento em Saúde. **Diretoria de Assistência Farmacêutica Relação Estadual De Medicamentos**. Atualizado em 04/09/2020
177. 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. 6p.
178. GONZALEZ, A.; KOHN, M.R.; CLARKE, S.D. **Eating disorders in adolescents**. Australian Family Physician, 2007. v.36, n.8, p.614-619.
179. GRANT, W.B.; HOLICK, M.F. **Benefits and requirements of vitamin D for optimal health: a review**. Alternative Medicine Review, 2005. v.10, n.2, p.94-111.
180. GUERRA, V.N.A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2001.
181. GUIMARÃES, D.B.S.; SALZANO, F.T.; ABREU, C.N. **Indicações para internação completa ou parcial**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2002. v.24, Supl III, p.60-2.
182. HABERG, M.; MATHESON, I. **Antidepressive agents and breast feeding**. Tidsskr Nor Laegeforen, 1997. v.117, n.27, p.3952-3955.
183. HAFNER, H.; HEDEN, W. **Course and outcome of schizophrenia**. In HIRSCH, S.R.; WEINBERGER, D.R. Schizophrenia. Blackwell Science, Oxford, Victoria, Berlin, pp. 101-141, 2003.
184. HALES, R.E.; YUDOFISKY, S.C.; GABBARD, G.O. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 5ª edição. Porto Alegre – RS: Artmed, 2012.

185. HALES, R.E; YUDOFKY, S.C.; TALBOT, J.A.; eds. **The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry**. 3ª edição. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1999.
186. HAY, P.J.; BACALTCHUK, J.; CLAUDINO, A.M.; et al. **Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2007. Issue 1. Oxford: Update Software.
187. HAY, P.J. **Epidemiology of eating disorders: current status and future developments**. Revista Brasileira de Psiquiatria. v.24, supl III, p.13-7.
188. HAY, P.J.; BACALTCHUK, J.; STEFANO, S. **Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing**. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.
189. HAAS, A.P.; ELIASON, M.; MAYS, V.M.; MATHY, R.M.; COCHRAN, S.D.; D'AUGELLI, A.R.; et al. **Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations**. Journal of Homosexuality, 2011. v.58, n.1, p.10-51.
190. HEREK, G.M. **Sexual orientation differences as deficits: Science and stigma in the History of American Psychology**. Perspectives on Psychological Science, 2010. v.5, n.6, p.693-9.
191. HEZELL, P.; MIRZAIE, M. **Tricyclic drugs for depression in children and adolescents**. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013. v.18, n.6.
192. HONÓRIO, K.M.; et al. **Aspectos terapêuticos de compostos da planta *cannabis sativa***. Química Nova, 2006. v.29, n.2, p.318-325.
193. HOLLIFIELD, J.; HOBODY, J. **The course of pregnancy complicated by bulimia**. Psychotherapy, 1990. v.27, p.249-55.
194. INSPIRATORY POSITIVE AIRWAY PRESSURE – IPAP. **Schizophrenia Algorithm**. Disponível em: <<http://www.ipap.org/schiz/index.php>>.
195. INIEWICZ, G.; GRABSKI, B.; MIJAS, M. **Mental health of homosexual and bisexual people: role of minority stress**. Psychiatria Polska, 2012. v.46, n.4, p.649-63.
196. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Censo 2010, Comunicação Social, 2010. Disponível em <<http://censo2010.ibge.gov.br>>
197. INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRA DROGAS – INPAD. UNIDADE DE PESQUISAS EM ÁLCOOL E DROGAS – UNIAD. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – II LENAD**. Ronaldo Laranjeira (supervisão) et al. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2013.
198. JESTE, D.V. **Tardive dyskinesia in older patients**. Journal of Clinical Psychiatry, 2000. v.61, supl.4, p.27-32.
199. JOSSEY-BASS, A. A. **Unraveling the mystery of health**. San Francisco – CA, 1987.

200. KAPLAN, A. **Experts reach 'Extraordinary' consensus on bipolar disorder.** Psychiatric Times, 2000. v.XVII, n.8.
201. KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. Trad. Andrea Caleffi, Dayse Batista, Irineo C.S. Ortiz, et. al. **Tratado de psiquiatria.** 11ª edição. Porto Alegre – RS: Artmed, 2017.
202. KELLER, M.B.; BAKER, L.A. **Bipolar disorder:** epidemiology, course, diagnosis, and treatment. Bulletin of the Menninger Clinic – Journals, 1991. v.55, p.172-81.
203. KINI, U. **Fetal valproate syndrome:** A review. Pediatric and Perinatal Drug Therapy, 2006. v.7 n.3. Disponível em: <http://group.bmj.com/docs/pdf/7_3_s4.pdf>.
204. KLAEHN, R.; et al. **Child and Adolescent Level of Care Utilization System– COLACUS** (version 1.5). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry / American Association of Community Psychiatrists.
205. KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. Introduction. World report on violence and health. Genebra – Suíça: World Health Organization, 2002: ixx-xxii.
206. LAMPERT, T.L. **Avaliação da acurácia diagnóstica da escala de problemas de atenção do inventário de comportamentos da infância e adolescência (CBCL) para o transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade.** Porto Alegre – RS: UFRGS, 2002.
207. LARANJEIRA R. Em defesa da “Revisão Científica: Maconha e Saúde Mental” do Departamento de Dependência Química da ABP. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2006.
208. LARANJEIRA, R. et al. **Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento.** Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v.22, n.2, p.62-71, jun. 2000.
209. LOEBEL, A.D.; LIEBERMANN, J.A.; ALVIR, J.M.; et al. **Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia.** The American Journal of Psychiatry, 1992. Vv.149, n.9, p.1183:1188.
210. LIPOWSKI, Z.J. **Delirium:** Acute Confusional States. Oxford University Press: New York, 1990.
211. LOBATO, M.I.R.; COSTA, A.B.; FONTANARI, A.M.V; SOLL, B.M.B.; MUELLER, A.; ROSA FILHO, H.T.; et al. **Saúde mental e população de lésbicas, gays, bissexuais e pessoas trans.** In: Associação Brasileira de Psiquiatria.
212. MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G. **Menino ou menina?** Os distúrbios da diferenciação do sexo. 2ª edição. Rio de Janeiro –RJ: Editora Rúbio, 2010.
213. MADDOCK, J.; BERRY, D.J.; GEOFFROY, M.C.; POWER, C.; HYPÖNEN, E. **Vitamin D and common mental disorders in mid-life:** cross-sectional and prospective findings. Clinical Nutrition Journal, 2013. v.32, n.5, p.758-764.
214. MANSUR, C.G. Psiquiatria para o médico generalista. Porto Alegre – RS: Artmed, 2013.

215. MCCLURE-TONE, E.B.; PINE, D.S. **Clinical features of the anxiety disorders**. In: SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A.; RUIZ, P.; eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. 1844.
216. MAGNI, L.R.; PURGATO, M.; GASTALDON, C.; PAPOLA, D.; FURUKAWA, T.A.; CIPRIANI, A.; MPANDZOU, G.; AÏT BEN HADDOU, E.; REGRAGUI, W.; BENOMAR, A.; YAHYAOU, M. **Vitamin D deficiency and its role in neurological conditions: A review**. Revue Neurologique, 2016. v.172, n.2, p.109-122.
217. MALETZKY, B.M. **The first-line use of electroconvulsive therapy in major affective disorders**. The Journal of ECT, 2004. Vv.20, n.2, p.112-117.
218. MARSHAL, M.P.; DIETZ, L.J.; FRIEDMAN, M.S.; STALL, R.; SMITH, H.A.; MCGINLEY, J.; et al. **Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review**. Journal of Adolescent Health, 2011. v.49, n.2, p.115-23.
219. MARUCCI, M.F.N.; ALVES, R.P.; GOMES, M.M.B.C. **Nutrição na geriatria**. In: SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo – SP: Roca, 2007.
220. MATTOS, P.; et al. **Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 2006. v.28, n.3.
221. MAVROGIORGOU, P.; BRÜNE, M.; JUCKEL, G. **The management of psychiatric emergencies**. Deutsches Arzteblatt International, 2011. v.108, p.13, p.222-30.
222. MIGUEL, E.C.; GENTIL, V.G.; FARID, W. **Clínica Psiquiátrica**. Barueri – SP: Editora Manole, 2012.
223. MINAYO, M.C.S. **Violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1994. v.10, suppl.1, p.4.
224. MINISTÉRIO DA SAÚDE Gabinete do Ministro Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011 Define as **diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**.
225. McDONALD, D.I. **Substance abuse**. Pediatrics in Review, 1988. 10:89.
226. MIRRA, A. P. et al. **Diretrizes Clínicas na Saúde Complementar: Tabagismo**. Projeto Diretrizes, 2011. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2016.
227. MOURA, E. R. F. et al. **Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo – SP: 2012. v.46, n.4.
228. NARDI, A.E.; SILVA, A.G.; QUEVEDO, J.L.; organizadores. **Programa de Atualização em Psiquiatria – PROPSIQ: Ciclo 4**. Porto Alegre – RS: Artmed Panamericana, 2015. p.49-82. Sistema de Educação Continuada a Distância, v.3.

229. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – NICE. **Bipolar Disorder:** The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. British Psychological Society, 2006.
230. NATIONAL HEALTH SERVICE – NHS. The Nacional Institute for Health and Care Excellence – NICE. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). **Depression:** The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. The management of subthreshold depressive symptoms. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63737/>>.
231. NATIONAL HEALTH SERVICE – NHS. The Nacional Institute for Health and Care Excellence – NICE. **Treatment for drugs misuse:** Londres: NICE, 2007. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg52/resources/cg52-drug-misuse-psychosocial-interventions-and-opioid-detoxification-understanding-nice-guidance2>>.
232. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – NICE. **Eating disorders:** Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2004.
233. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – NICE. **Anxiety:** Management of anxiety in adults, in primary, secondary and community care. NICE – Clinical Guideline, National Colaboratting Centre for Mental Health, 2007. Disponível em: www.nice.org.uk/CG020NICEguideline
234. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – NICE. **Attention deficit hyperactivity disorder:** Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Londres: NHS, NICE, 2008, atualizado em março 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg72>>.
235. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – NICE. **Common Mental Health Disorders.** Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.
236. NERY, F.G.; et al. **Anorexia nervosa e gravidez:** relato de caso. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2002. v.24, n.4, p186-8.
237. NGUYEN, H.T.; SHARMA, V.; McINTYRE, R.S. **Teratogenesis associated with antibipolar agents.** Advances in Therapy – Journals, 2009. v.26, n.3, p.281–294.
238. NONACS, R.; COHEN, L.S. **Depression during pregnancy:** diagnosis and treatment options. Journal of Clinical Psychiatry, 2002. v.63, suppl.7, p.24-30.
239. NORDON, D.G. **Psiquiatria do adulto:** ideação suicida e suicídio. In: GIANINI, R.J.; HÜBNER, C.K.; NORDON, D.C. Protocolos de atendimento e encaminhamento em saúde mental para unidades básicas de saúde. São Paulo – SP: Atheneu, 2012.
240. NUNES, M.A. et al. **Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 2001. v.23, n.1, p.21-27.

241. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Anti-depressants or benzodiazepines in patients with complaints of depressive symptoms** (in absence of depressive episode/disorder). Genebra – Suíça: World Health Organization, 2012.
242. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias em el nivel de atención de la salud no especializada**. Genebra – Suíça: World Health Organization, 2010.
243. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Lisboa – Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2004.
244. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Genebra – Suíça: World Health Organization, 1995. Technical Report Series, n.854.
245. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação estatística internacional de doença e problemas relacionados à saúde: CID-10**. 10ª revisão. São Paulo: EdUSP, 1994.
246. OSSER, D.N.; SIGADEL, R. **Short-term inpatient pharmacotherapy of schizophrenia**. Harvard Review of Psychiatry, 2001. v.9, n.3, p.89-104.
247. PARKER, G.B.; BROTHIE, H.; GRAHAM, R.K. **Vitamin D and depression**. Journal of Affective Disorders, 2017. v.208, p.56-61.
248. PERKINS, S.J.; MURPHY, R.; SCHMIDT, U.; WILLIAMS, C. **Self-help and guided self-help for eating disorders** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.
249. PINHEIRO, A.P.; RANEY, T.J.; THORNTON, L.M.; FICHTER, M.M.; BERRETTINI, W.H.; GOLDMAN, D.; et al. **Sexual functioning in women with eating disorders**. International Journal of Eating Disorders, 2010. v.43, n.2, p.123-9.
250. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Programa de Saúde Mental. **Protocolo de Atenção em Saúde Mental**. Tubarão – SC: Gráfica e Editora Copiart, 2010.
251. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria da Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS). Joinville – SC: 2020.
252. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria da Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica e Laboratório Municipal. **REMUME. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e Orientações Sobre Assistência Farmacêutica Guia Para Profissionais de Saúde**. SEI 20.0.109264-9 - Joinville – SC: 2020.
253. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SEI – SES.GAB/SES.UAP nº 132/2019/SMS**. Regulamenta a gestão e a administração das filas de espera de consultas especializadas, exames, cirurgias e demais procedimentos, bem como o funcionamento da Central Macrorregional de Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde em Joinville. Joinville – SC: 2019.

254. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria da Saúde. **Portaria SEI – SES.GAB/SES.CAP nº 130/2016/SMS**. Institui Protocolos Clínicos, de Acesso e a Regulação *Online* a serem utilizados na Regulação, na Atenção Primária em Saúde (APS), SAMU, Unidades de Referência, Hospitais Públicos e Contratualizados, incluindo prestadores contratados pelo Município de Joinville e dá outras providências. Joinville – SC: 2016.
255. PREFEITURA DE JOINVILLE. **Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual do Município de Joinville/SC**. Joinville – SC: 2019.
256. PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria da Saúde do Município do Rio de Janeiro. **SISREG – Protocolo para o Regulador: Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais**. Rio de Janeiro – RJ: Secretaria da Saúde, 2015.
257. PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Viva Comunidade. **Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde**. Diminuir para Somar: Ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas. Rio de Janeiro – RJ: ONG Viva Rio, 2011.
258. PROVENZA, J.R.; PAIVA, E.; HEYMANN, R.E. **Manifestações Clínicas Fibromialgia e Síndrome Miofascial**. In: HEYMANN, R.E.; coordenador. São Paulo: Legnar, 2006. p.31-42.
259. PROVENZA, J.R.; POLLAK, D.F.; MARTINEZ, J.E.; PAIVA, E.S.; HELFENSTEIN, M.; HEYMANN, R.; et al. **Diretrizes da Fibromialgia**. Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2004. Disponível em: http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/052.pdf.
260. PUFFER, R.R.; SERRANO, C.V. **Características del peso al nacer**. Washington DC: Organização Mundial da Saúde, 1988.
261. QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F.; **Emergências Psiquiátricas**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.
262. ROUTLEDGE, **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Saúde Mental na Atenção Primária – Grupo Babel, 2008.
263. REICHERT, J.; et al. **Diretrizes para cessação do tabagismo**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, 2008. v.34, n.10, p.845-880.
264. RENNÓ JUNIOR, J.; ROCHA, R. **Psiquiatria da mulher**. In: Associação Brasileira de Psiquiatria; NARDI, A.E.; SILVA, A.G.; QUEVEDO, J.L.; organizadores. Programa de Atualização em Psiquiatria – PROPSIQ: Ciclo 4. Porto Alegre – RS: Artmed Panamericana, 2015. p.9-63. Sistema de Educação Continuada a Distância, v.4.
265. RIBA, M.B.; RAVINDRANATH, D.; WINDER, G.S. **Clinical manual of emergency psychiatry**. Washington: American Psychiatric Association, 2010.
266. RIBEIRO, H.L.; et al. **Efeitos do consumo de cannabis na gravidez e no período pós-parto**. Revista debates em Psiquiatria, 2016. p.16-24.

267. RIBEIRO, M.; et al. **Abuso e dependência da maconha**. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo – SP: 2005. v.51, n.5, p.241-55.
268. RICARDO ALBERTO MORENO, TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS (Organizadores). **Condutas em psiquiatria: consulta rápida** [recurso eletrônico]. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2018
269. ROHDE, L.A.; et al. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas**. Revista de Psiquiatria Clínica, 2004. v.31, n.3, p.124-131.
270. RUSSELL, G.F.M. **Bulimia nervosa: on ominous variant of anorexia nervosa**. Psychological Medicine, 1979; 9:429-48.
271. SALZANO, F.T.; CORDÁS, T.A. **Tratamento Farmacológico dos Transtornos Alimentares**. Revista de Psiquiatria Clínica, 2004. v.31, n.4, p.188-194.
272. SARAIVA, SI; CREMONESE, E. **Implantação do Modelo de Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Florianópolis,SC**. Anais dos Trabalhos Premiados do III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 37-48, 2008
273. SCHIRMER, C.R.; FONTOURA, D.R.; NUNES, M.L. **Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem**. Jornal de Pediatria (Rio J.), Porto Alegre – RS: 2004. v.80, n.2 (supl).
274. SENNA, E.R.; De BARROS, A.L.; SILVA, E.O.; COSTA, I.F.; PEREIRA, L.V.; CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B. **Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach**. The Journal of Rheumatology, 2004. v.31, n.3, p.594-7.
275. SENIOR, R.; BARNES. J.; EMBERSON, J.R.; GOLDING, J. ALSPAC Study Team. **Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy**. The British Journal of Psychiatry. 2005. v.187, n.3, p.268-73.
276. SENRA, L.X.; LOURENÇO, L. M.; PEREIRA, B.O. **Características da relação entre violência doméstica e bullying: revisão sistemática da literatura**, in Revista Gerais:Revista Interinstitucional de Psicologia; MG.2011.4 (3), p 297-309
277. SERRANO, A.I. **Chaves do Óbito Autoprovocado: sua prevenção, assistência e gestão em saúde pública**. Florianópolis – SC: Insular, 2008.
278. SICCHIERI, J.M.F.; BIGHETTI, F.; BORGES, N.J.B.G.; SANTOS, J.E.; RIBEIRO, R.P.P. **Manejo nutricional nos transtornos alimentares**. Simpósio: Transtornos Alimentares: Anorexia e bulimia nervosas. Medicina, Ribeirão Preto – SP: 2006. v.39, n.3, p.371-4.
279. SILBER, T.J.; SOUZA, R.P. **Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer**. Porto Alegre – RS: Adolescência Latino Americana, 1998. v.1, n.3, p.148-162.
280. SMID, J. **Demências**. Medicina Net. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/imagens/20081110031116.gif>>.
281. SINIBALDI, B. **Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis**. Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP. Revista de Psicologia da UNESP. Assis – SP, v.12, n.2,

p.61-72, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n2/a05.pdf> .Acesso em 18/04/2017.

282. **Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP**. Tabela retirada da publicação da SBP, disponível em: <https://www.sbp.com.br/src/uploads/2016/12/Endcrino-Hipovitaminose-D.pdf>.
283. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA – SBPT. **Oxigenoterapia domiciliar prolongada**: ODP. *Jornal de Pneumologia*, 2000. v.26, n.6, p.659.
284. SOLLID, C.P.; WISBORG, K.; HJORT, J.; SECHER, N.J. **Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome**. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2004. v.190, n.1, p.206-10.
285. SONNIER, L.; BARZMAN, D. **Pharmacologic management of acutely agitated pediatric patients**. *Pediatric Drugs*, 2011. v.13, n.1, p.1-10.
286. SOUZA, 2007 *apud* BARRETO; CARMO, 1995; OMRAM, 1971
287. SPIRDUSO, Waneen, Wyrick. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri, Manole, 2005.
288. STAHL, S.M. **Psicofarmacologia**: Bases neurocientíficas e aplicações práticas. 4ª edição. Guanabara Koogan, 2014.
289. STERN. T.A.; FRICCHIONE, G.L.; CASSEM, N.H. et al. (editors). **Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry**. 5th edition. Philadelphia, PA: Mosby, 2004. p.119–134.
290. TAGLIAMENTO, G. **Visibilidades caleidoscópicas**: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral. São Paulo – SP: USP, 2012.
291. TEIXEIRA, E.H.; et al. **Antipsicóticos atípicos no tratamento da agressividade patológica em crianças e adolescentes**: revisão da literatura e recomendações clínicas. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. Porto Alegre – RS: 2013. v.35, n.3.
292. TRIGO, T.R.; et al. **Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2007. v.34, n.5, p.223-233.
293. TAYLOR D, PATON C, KAPUR S. **The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry**. 12th ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2015.
294. UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Pregnant, Substance-Using Women**: Treatment Improvement Protocol (TIP). Series 2. DHHS Publication No. (SMA) 95-3056. Rockville (MD): Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999. Disponível em: <http://adaiclearinghouse.org/downloads/TIP-2-Pregnant-Substance-Using-Women-83.pdf>.
295. WEN, S.W.; GOLDENBERG, R.L.; CUTTER, G.R.; HOFFMAN, H.J.; CLIVER, S.P. **Intrauterine growth retardation and preterm delivery**: prenatal risk factors in an indigent population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990. v.162, n.1, p.213-8.

296. WOLITZKY-TAYLOR, K.B.; CASTRIOTTA, N.; LENZE, E.J.; STANLEY, M.A.; CRASKE, M.G. **Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review.** Journals of Depression & Anxiety, 2010. v.27, n.2, p.190-211.
297. ZALESKI, M.; 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.** Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo – SP: 2006. v.28, n.2, p.142-148.
298. ZEFERINO, M.T. **Diretrizes para oxigenoterapia domiciliar.** São Paulo – SP: Segmento Farma Editores, 2004.
299. http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial

Secretaria da Saúde



Anexo I
GUIA DE MATRICIAMENTO

PROFISSIONAL SOLICITANTE/EQUIPE: _____ PROFISSÃO: _____
 UNIDADE DE SAÚDE: _____ EQUIPE DE REFERÊNCIA: _____
 DATA DA SOLICITAÇÃO: _____ MATRICIADOR (A): _____
 NOME DO USUÁRIO: _____ IDADE: _____
 ENDEREÇO: _____

Motivo do matriciamento	Histórico do problema atual	Configuração familiar (genograma)	Vida social	Efeitos do caso na equipe interdisciplinar	Formulação diagnóstica multiaxial (Comorbidades clínicas)	Estratégias e condutas (À ser preenchido no matriciamento)

Rua Araranguá, 397 - América - 89204-310
 Contato: (47) 3481-5100
www.joinville.sc.gov.br

ful

ANEXO B – Rede Cegonha: Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco

REDE CEGONHA – SANTA CATARINA

Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

RISCO.....10 ou + Pontos	ALTO
RISCO..... 5 a 9 Pontos	MÉDIO
RISCO..... até 4 Pontos	BAIXO

1 – IDADE: (-) de 15 anos.....1 - De 15 a 34 anos.....0 (+) de 35 anos.....1 -	5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: Baixo Peso(IMC<18, 5kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia.....1 Peso Adequado (IMC 18, 5-24, 9kg/m2).....0 Sobrepeso(25-29, 9kg/m2).....1 Obesidade (IMC>30kg/m2).....5	7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBST. + GINEC.
2 – SITUAÇÃO FAMILIAR Situa�o Familiar Instável Não.....0 Sim.....1 Aceita�o de GRAVIDEZ: Aceita.....0 Não Aceita.....1	6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Abortos até 25 Abortos espontâneos + 210 Natimorto.....5 Prematuro.....5 �bito Fetal.....5 Eclampsia.....10 Placenta Prévia.....5 Descol. Prem. de Placen.....5 Incompetência Istmo Cervical10 Restri�o de Cresc. Intrauterino.....5 Malforma�o Fetal5 �ltimo Parto (-) de 12 meses.....2 + 1 Filho Prematuro10 Pre eclampsia5	Ameaça de Aborto..... 5 Anom. do trato Genitourinário.....5 Placenta Prévia.....10 Câncer Materno.....10 Doença Hemolítica.....10 Esterilidade Tratada.....5 Isoimuniza�o.....10 Neoplasias Ginecológicas.....10 Mal Forma�o�es Cong�nitas.....10 Crescimento Uterino Retardado.....10 Polihidramnio/Oligoidramnio.....10 Citologia Cervical Anormal(NICI-II-III).....10 Doença Hipertensiva da Gesta�o10 Diabetes Gestacional.....10 Gemelar.....10 Incomp. Istmo Cervical.....10
3 – ESCOLARIDADE: Sabe Ler e Escrever: Sim.....0 Não.....1	*Fatores sócio econ�micos não são critérios isoladamente para encaminhamento ao Pré Natal de Alto Risco (PNAR). Merecem atendimento diferenciado na Aten�o Básica. PNAR: Deve conter obrigatoriamente itens dos quadros 5 e/ou 6 e/ou 7 da classifica�o acima (somando 10 ou mais pontos). Médio Risco: Somatório de 5 a 9 pontos deve receber atendimento de Pré Natal na Aten�o Básica pelo médico intercalado com o enfermeiro. Baixo Risco: Somatório de até 4 pontos deve receber atendimento intercalado de Pré Natal na Aten�o Básica pelo enfermeiro e pelo médico. Seguir fluxograma de pré natal.	MÉDICAS + CIRURG. Cardiopatas.....10 V�rzes acentuadas.....5 Pneumopatia Grave.....10 Diabetes Mellitus.....10 Doenças Auto-Imunes(Colagenose)10 Doença Psiquiátrica.....5 Doença Renal Grave.....10 Epilepsia e Doença Neurológica.....10 Hemopatas.....10 Hipertensão Arterial.....10 Infec�o Urinária de repeti�o (pielonefrite ou infec�o�es 3x ou +)10 Infec�o�es Grave.....10 AIDS/HIV.....10 Sifilis c/ suspeita de mal forma�o fetal.....10 Tuberculose.....10 Toxoplasmose.....10 Dep. de Drogas.....10 Alcoolismo.....10 Trombofilia.....10 Endocrinopatas.....10 Altera�o�es da Tire�ide10

Baseado nas publica o es do MS: Manual Técnico Gesta o de Alto Risco e Caderno de Aten o Básica N  32- Aten o ao Pr  Natal de Baixo Risco e Material Funda o SESP.

ANEXO C – CALOCUS Instrument

CALOCUS WORKSHEET

Rater Name _____ Date _____

Please check the applicable ratings within each dimension and record the score in the lower right hand corner. Total your score and determine the recommended level of care using either the Placement Grid or the Decision Tree.

<p>I. Risk of Harm</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Low Potential for Risk of Harm</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Some Potential for Risk of Harm</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Significant Potential for Risk of Harm</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Serious Potential for Risk of Harm</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Extreme Potential for Risk of Harm</p> <p style="text-align: right;">Score _____</p>	<p>IV-B. Recovery Environment - Level of Support</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Highly Supportive Environment</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Supportive Environment</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Limited Support in Environment</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Minimal Support in Environment</p> <p><input type="checkbox"/> 5. No Support in Environment</p> <p style="text-align: right;">Score _____</p>
<p>II. Functional Status</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Minimal Impairment</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mild Impairment</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderate Impairment</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Serious Impairment</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Severe Impairment</p> <p style="text-align: right;">Score _____</p>	<p>V. Resiliency and Treatment History</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Full Response to Treatment</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Significantly Resilient and/or Response to Treatment</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderate or Equivocal Response to Treatment And Recovery Management</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Poor Response to Treatment and Recovery Management</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Negligible Response to Treatment</p> <p style="text-align: right;">Score _____</p>
<p>III. Co-Morbidity</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No Co-Morbidity</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Minor Co-Morbidity</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Significant Co-Morbidity</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Major Co-Morbidity</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Severe Co-Morbidity</p> <p style="text-align: right;">Score _____</p>	<p>VI-A. Acceptance and Engagement - Child/Adolescent</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Optimal</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Constructive</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Obstructive</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Destructive</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Inaccessible</p> <p style="text-align: right;">Score _____</p>
<p>IV-A. Recovery Environment - Level of Stress</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Minimally Stressful Environment</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mildly Stressful Environment</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Moderately Stressful Environment</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Highly Stressful Environment</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Extremely Stressful Environment</p> <p style="text-align: right;">Score _____</p>	<p>VI-B. Acceptance and Engagement - Parent/Primary Caretaker</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Optimal</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Constructive</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Obstructive</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Destructive</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Inaccessible</p> <p style="text-align: right;">Score _____</p>
<p>Composite Score</p> <p style="text-align: right;">[]</p>	<p>Level of Care Recommendation</p> <p style="text-align: right;">[]</p>

LEVEL OF CARE COMPOSITE SCORE TABLE

<u>LEVEL</u>	<u>DESCRIPTION</u>	<u>SCORE</u>
Zero	Basic Services for Prevention and Maintenance	7-9
One	Recovery Maintenance and Health Management	10-13
Two	Outpatient Services	14-16
Three	Intensive Outpatient Services	17-19
Four	Intensive Integrated Services Without 24-Hour Psychiatric Monitoring	20-22
Five	Non Secure, 24-Hour psychiatric Monitoring	23-27
Six	Secure, 24-Hour Psychiatric Monitoring	28+

SCORING SHEET
Child and Adolescent Level of Care Utilization System

A. Clinical Level of Care Recommendation (Assign before using CALOCUS) _____

B. Calculation of Composite CALOCUS Score _____

<u>Dimension</u>	<u>Dimension Rating</u> (circle score)					
1. Risk of Harm	1	2	3	4	5	_____
2. Functional Status	1	2	3	4*	5	_____
3. Co-Morbidity	1	2	3	4*	5	_____
4. Recovery Environment						
Environmental Stressors	1	2	3	4	5	_____
Environmental Support	1	2	3	4	5	_____
5. Resiliency and Treatment History	1	2	3	4	5	_____
6. Acceptance and Engagement						
Child/Adolescent	1	2	3	4	5	_____
Parent and/or primary care taker	1	2	3	4	5	_____

(Note: please record the higher of the two scores)

*Note: **Bold** indicates independent criteria-requires automatic admission to a higher level of care regardless of combined score. A score of 4 results in placement at level 5 and a score of 5 results in placement at level six. * = independent criteria may be waived if sum of IV-A and IV-B scores equal 2.*

COMPOSITE CALOCUS SCORES (add right column) _____

C. CALOCUS Derived Level of Care Recommendation (Consult Grid and Decision Tree) _____

D. Actual (Disposition) Level of Care _____

Reason for Variance from CALOCUS Level of Care Recommendation

Patient/Family Name: _____

Date of Scoring: _____ Name of Scorer: _____