

Protocolo Integrado

*Saúde Mental
em Curitiba*



VERSÃO 2002

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

Prefeito
CASSIO TANIGUCHI

Secretaria Municipal da Saúde

Secretário
MICHELE CAPUTO NETO

Superintendente
IVANA BUSATO

Curitiba, abril de 2002



Agradecimentos

3

A todos os servidores da Prefeitura Municipal de Curitiba, em especial aos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde, que têm participado da implementação deste Programa;

À Sociedade Paranaense de Psiquiatria, ao Conselho Regional de Psicologia do Paraná e a Sociedade Paranaense de Psiquiatria Clínica, pela colaboração na atualização do conteúdo científico.

À Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde, pelo apoio;

Ao *Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro*, pelo material referente à contenção no leito;

Ao artista plástico *Armando Merege*, pelo auxílio nas ilustrações contidas no presente trabalho;

À Secretaria Municipal de Comunicação Social, em especial a Sonia M. Oleskovicz, Marcelo Victorino Nunes e Antônio Carlos Patitucci, responsáveis pela editoração e arte final deste Protocolo.





Sumário

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	9
I. SAÚDE MENTAL EM CURITIBA	11
A. Conceitos	11
B. Objetivos	14
II. OPERACIONALIZAÇÃO	17
A. População alvo	17
B. Vinculação do usuário ao programa	17
C. Fluxo	18
III. PREVENÇÃO	19
IV. PONTO DE ATENÇÃO UNIDADE DE SAÚDE	23
A. Acolhimento	23
B. Avaliação	24
C. Evento agudo	33
Considerações gerais	33
Situações específicas	34
Agitação	34
Suicídio	41
D. Família	42
E. Cuidado contínuo	42
4.1. DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS	43
A. Atividades programadas	43
B. Critérios para tratamento do alcoolista na US	49
C. Desintoxicação do alcoolista na unidade de saúde	50
D. Prevenção de recaídas	56
E. Orientação a familiares	58
F. Evento agudo	60
G. Encaminhamentos	61
H. Interligação dos pontos de atenção	61
4.2. DEPRESSÃO	63
A. Atividades programadas	64
B. Critérios para tratamento na US	65
C. Tratamento da depressão na US	65
D. Evento agudo	67
E. Encaminhamentos	68



4.3. PSICOSES	69
A. Critérios para acompanhamento na US	69
B. Atividades programadas	70
C. Evento agudo	70
D. Encaminhamentos	71
4.4. TRANSTORNOS MENTAIS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	73
A. Critérios para acompanhamento na US	73
B. Atividades programadas	73
Conduas gerais	77
Conduas específicas	78
Dificuldades escolares	78
Distúrbios de conduta	78
Depressão	79
Dependências químicas	80
C. Evento agudo	80
V. DEMAIS PONTOS DE ATENÇÃO	83
5.1. DOMICÍLIO	83
A. Critérios para tratamento no domicílio	83
B. Atendimento programado	83
C. A família	84
D. Evento agudo no domicílio	85
E. Visitas domiciliares	85
F. Interligação dos pontos de atenção	85
5.2. PRONTO ATENDIMENTO	86
A. Critérios para atendimento	86
B. Família	87
C. Interligação dos pontos de atenção	87
5.3. AMBULATÓRIO	88
A. Ambulatório propriamente dito	88
B. Oficina terapêutica	90
5.4. CAPS	92
5.5. HOSPITAL-DIA	94
5.6. HOSPITAL INTEGRAL	96
5.7. RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA	98
5.8. HOSPITAL CLÍNICO	99
VI. DIREITOS DO USUÁRIO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109



Apresentação

7

O presente conjunto de recursos aqui denominado “Protocolo Integrado”, é um trabalho coletivo, realizado por mais de 100 pessoas. Dirige-se aos profissionais de saúde que vêm buscando viabilizar cada vez mais o SUS curitibano na missão coletiva de prover e qualificar o acesso ao cuidado humanizado, comprometido e resolutivo a todos os cidadãos que vivem na metrópole.

Consiste numa ampliação de possibilidades para os trabalhadores da saúde agirem em favor dos usuários, de acordo com as evidências mais atualizadas sobre os múltiplos modos de fazer que hoje compõem o bom cuidado em saúde mental.

Um protocolo como este oferece acesso aos profissionais de saúde, às informações que podem esclarecer e aumentar a ocorrência das boas práticas. E nada mais é do que o respeito a um dos direitos dos próprios profissionais, que é o direito ao acesso à informação sobre os tratamentos que eles buscam oferecer nas mais variadas situações que enfrentam no dia a dia do seu trabalho.

Ao direito dos profissionais de terem acesso às informações de que necessitam corresponde, em igual densidade, o direito dos pacientes ao melhor cuidado. Esse cuidado não depende tão somente da existência de um conjunto coletivizado e disponibilizado para todos os profissionais. Para que o cuidado possa se dar de forma qualificada, o arsenal de informações presente no protocolo, deve se aliar a um arsenal de atitudes profissionais que não percam de vista que um trabalho cuidadoso se faz dentro de um campo de respeito recíproco.

O profissional, no processo de qualificação ininterrupto que experimenta, incorpora uma atitude de respeito na sua relação com o paciente e esse, reciprocamente, respeita o que for combinado dentro daquilo que convencionamos chamar “tratamento”. Esse processo de tratar-se mutuamente com respeito desempenha, no tempo em que o tratamento acontece, uma função de escola. Mas não uma escola concreta, com prédio, salas de aula, professor, etc., e sim uma escola que parte da relação do cuidado como fonte do aprendizado. Ela oportuniza o aprendizado de se trabalhar com informações confidenciais, com contratos, com compromissos, com responsabilidades, com solidariedade, com limites, etc. E, quanto melhor opera o respeito, mais difunde aprendizagem das atitudes respeitosas.



Assim, a boa utilização do presente protocolo pode ser aproveitada enquanto um conjunto de oportunidades que sua chegada pode propiciar, todas elas presentes no esforço para otimizar e qualificar cada encontro que acontece entre quem cuida e quem busca ser cuidado.

WILLIANS VALENTINI

Psiquiatra, superintendente do Instituto
"Dr. Cândido Ferreira", de Campinas - SP, consultor da PMC
e da OMS para a área de Saúde Mental



Introdução

9

Esta é uma instituição que permanentemente se auto-analisa e se renova.

Com este espírito trazemos a público a segunda edição do protocolo que normatiza as ações integradas do programa de Saúde Mental em Curitiba.

Este programa, que visa a realizar assistência aos portadores de transtornos mentais, preferencialmente fora dos hospitais, busca a redução das internações e quer propiciar a reinserção do cidadão em sua família e à comunidade à qual pertence.

Entre 2000 e 2001, inscreveram-se no programa 26.500 pessoas, para as quais viabilizaram-se procedimentos ambulatoriais (CAPS, consultas de psiquiatria, psicologia e terapias de grupo), e pronto-atendimentos nas US 24 horas Albert Sabin e Boa Vista. Dentre todas as ações realizadas pelo programa destacam-se, por seu pioneirismo, as desintoxicações ambulatoriais para alcoolistas efetivadas nas Unidades básicas de Saúde. A Farmácia Curitibana incorporou os medicamentos próprios das patologias atendidas e fornece-os, regularmente, aos inscritos nas US.

O desenvolvimento de níveis ambulatoriais anteriormente pouco disponibilizados mostra claramente a reorientação da política municipal na área da saúde mental. Para os usuários permite a continuidade de atividades laborativas e a convivência diária com os familiares, vizinhos e amigos, o que é fundamental para o equilíbrio de todo ser humano. O foco principal passa a ser, portanto, o resgate dos aspectos saudáveis de cada indivíduo, tornando-o cada vez mais autônomo e, ao mesmo tempo, respeitando suas diferenças e limitações.

A primeira versão do protocolo é datada de novembro de 1999 e, portanto, bastante recente. Tal fato poderia suscitar a questão - porque já uma revisão, em tão pouco tempo de existência institucional?

Acontece que, nesse aparente curto espaço de tempo, diversos fatores trouxeram novos conhecimentos às equipes da Secretaria da Saúde, alterando substancialmente a forma de organizar os programas no município.

A implantação de um Sistema Integrado de Serviços de Saúde, a consultoria do Dr. Williams Valentini Jr., os conceitos de pontos de atenção, gestão da clínica, gestão de caso, auto-cuidado, foram sendo rapidamente incorporados, mudando a lógica dos processos de trabalho e da relação entre os pontos de atenção que conformam



a rede de cuidado em saúde mental da cidade.

A riqueza dos aportes foi de tal monta que impulsionou a SMS a ajustar seus procedimentos e, em consequência, seus protocolos.

Pode-se perceber que as ações em saúde mental são uma área de apropriação ainda recente para a SMS mas o programa não tem medo de ousar, expor-se, pôr-se em pé, firmar-se e prosseguir...

Se houve necessidade de tamanhas e importantes alterações, acompanhando uma evolução da SMS na implementação do SUS em Curitiba, é preciso afirmar, por outro lado, que alguns princípios básicos, já adotados desde o início do programa, permanecem e serão reafirmados.

O maior deles é o respeito ao cidadão, do qual decorre o reconhecimento das diferenças entre os iguais, porque a vida ... tem lá seus jeitos de manifestar-se.

Sabidamente, nosso Paulo Leminski, antecipando-se a tudo, poetou

Redonda. Não , nunca vai ser redonda
Essa louca vida minha
Essa minha vida quadrada,
Quadra, quadrinha,
Não, nada,
Essa vida não vai ser minha.
Vida quebrada no meio,
Você nunca disse a que veio.

MICHELE CAPUTO NETO
Secretário Municipal da Saúde



I. Saúde Mental em Curitiba

11

A questão da assistência ao ser humano com transtornos mentais tem a sua trajetória marcada por processos de isolamento, segregação, exclusão, anulação do indivíduo enquanto portador de direitos.

Os grandes manicômios, construídos de preferência afastados dos centros urbanos, guardaram a imagem do “louco” e o estigma do medo longe dos cidadãos “normais” por um longo tempo.

Essa forma de exercício da psiquiatria vem sendo questionada em todo o mundo, resultando em propostas de mudanças no sistema de atenção à saúde mental em vários países como Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália.

Através de caminhos diversos, todos foram unânimes em reconhecer a necessidade de ultrapassar o modelo centrado no hospital psiquiátrico e avançar no sentido do cuidado próximo às famílias e aos recursos socioculturais dos pacientes.

O contexto global em que se movem os projetos para mudança de enfoque e, conseqüentemente, de posturas, de propostas, de leis e de ações em saúde mental é bastante complexo e contraditório, como costumam ser os grandes processos sociais.

Os espaços atingidos serão múltiplos. Institucionalmente, questiona-se a história e a prática arraigada em órgãos públicos e privados, interferindo-se em interesses econômicos e hierarquias de poderes institucionais e profissionais. No âmbito mais pessoal e familiar estarão em jogo questões como confiança, segurança, vínculos, inclusão, identidade, vontade, cidadania.

Ao mesmo tempo, aumentando a rede de fatores intervenientes, há que se considerar os deslocamentos de recursos (financeiros, materiais, profissionais), de responsabilidades (nutricionais, familiares, pessoais) e de poder (planejamento, execução, acompanhamento, avaliação) envolvendo, novamente, uma gama heterogênea de atores sociais.

E no entanto é mister ousar o enfrentamento corajoso e responsável de todas as facetas que compõem a questão, pois claro está o ambicioso objetivo que impulsiona o projeto de mudança.

Reconhecer em cada qual e em todo ser humano seu direito intrínseco à cidadania.

Reconhecer, no portador de distúrbios mentais, a possibilidade de ser criador, responsável por escolhas e alternativas. E, exatamente por exigir de todos um esforço de reconhecimento, o benefício se refletirá no avanço do próprio processo de cidadania, que inclui a capacidade amadurecida de conviver com o diferente, respeitando-o, e de tolerar as incapacidades, solidarizando-se com elas.



O lançamento do Programa de Saúde Mental, em Curitiba, aconteceu em novembro de 1999, culminando um longo processo de gestação pela Secretaria Municipal da Saúde, que vinha se preocupando com a humanização do atendimento aos portadores de transtornos mentais residentes no município. A criação de novos serviços substitutivos ao internamento integral foi fundamental para permitir que o cidadão possa permanecer próximo a sua família e comunidade de referência.

Atualmente, as equipes de saúde dos Distritos Sanitários têm sido capazes de intervir positivamente no processo saúde-doença. E há dois aspectos fundamentais que foram considerados no aprimoramento desse trabalho. O primeiro se refere à prevenção dos transtornos mentais, nos diferentes níveis de convivência dos cidadãos. O segundo diz respeito à importância da comunicação e referência entre os diferentes profissionais e serviços envolvidos no atendimento à clientela em questão.

A. CONCEITOS

O Sistema Integrado de Serviços de Saúde tem sido identificado como uma macro-tendência na organização de serviços públicos em diversos países. No Brasil, adotado em alguns municípios, ele orienta, através de um estruturado corpo conceitual e metodológico, o re-direcionamento da atenção à população visando a humanização, continuidade e maior efetividade dos serviços.

Em Curitiba, os conceitos apresentados a seguir (Mendes, E. V., 2001) têm sido referencial para o planejamento das mudanças necessárias para promover a integração das ações em saúde. Permite a implantação do sistema integrado de serviços de saúde, que se contrapõe à lógica do sistema fragmentado, até então existente. Alguns de seus principais avanços encontram-se descritos no quadro a seguir:

OS SISTEMAS FRAGMENTADO E INTEGRADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
Fragmentado	Integrado
Orientado para indivíduos	Orientado para a população
Orientado para a atenção a condições agudas	Orientado para a atenção a condições crônicas*
Organizado por componentes isolados	Organizado por um contínuo de atenção
Organizado por níveis hierárquicos	Organizado numa rede horizontal
Seu objeto: o paciente ou cliente	Seu sujeito: o cidadão co-responsável por sua saúde

*O conceito de *cronicidade* (OMS) refere-se a qualquer condição ou doença, transmissível ou não, cujo ciclo de vida ultrapasse três semanas.



Neste sistema integrado é utilizada a metáfora do radar da aeronáutica para ilustrar o senso de segurança, responsabilidade e comunicação, com linguagem inclusiva e agradável. Na reorganização dos serviços esta metáfora ilustra o cuidado que se pretende oferecer ao cidadão de modo que este fique, continuamente, sob a atenção de um serviço de saúde.

“O Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) é uma reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde, realizada através da constituição de uma rede integrada de pontos de atenção que presta uma assistência contínua a determinada população - no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população.” (Mendes, E. V., 2001). O ponto de atenção é um lugar onde se presta um serviço, que tem uma função única de produção e está inserido numa rede de pontos diferenciados que formam um contínuo de atenção. Ele pode, ou não, coincidir com uma unidade produtiva. Em alguns casos uma unidade produtiva incorpora mais de um ponto de atenção (Por exemplo, ambulatório e hospital dia). As unidades básicas de saúde tem papel fundamental no atendimento à população de sua área de abrangência.

Esta proposta reforça o trabalho que se vem desenvolvendo na saúde mental, em termos de mudança de paradigma do que era uma resposta tradicional (fragmentada) para a resposta da saúde mental comunitária (integrada) diante de questões-chave como (Elias, J., 1998):

O QUE É SAÚDE MENTAL?

Resposta tradicional	Saúde Mental Comunitária
É a ausência de distúrbio mental.	Condição dinâmica em que a pessoa sente-se com disposição, tem bons relacionamentos na comunidade, autonomia diante da vida, é capaz de realizar o que aprecia e tem senso de propósito.

DE QUEM É A RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE MENTAL E QUEM ATENDE?

Resposta tradicional	Saúde Mental Comunitária
Responsabilidade de âmbito particular. Espera-se que os indivíduos se resguardem e quando necessário obtenham apoio e atenção profissional. O estado assume o papel residual mínimo nos casos extremos.	Responsabilidade compartilhada entre indivíduos, famílias, grupos sociais e programas especializados. Estes participam quando necessário, para informar, educar e prestar serviços diretos em situações complexas.



QUAL A VISÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE MENTAL?

Resposta tradicional	Saúde Mental Comunitária
O livre mercado oferece os serviços. Os doentes são removidos da comunidade para custódia e tratamento. A sociedade é protegida dos que têm “desvio”.	Ações de promoção em saúde, para que cada um assuma sua saúde mental e previna o distúrbio mental. Oferta de serviços de intervenção, tratamento, internação e suporte. Envolvimento das pessoas como participantes ativos no planejamento, desenvolvimento e operacionalização de um sistema mais responsivo e comprometido.

COMO SÃO VISTOS O INDIVÍDUO E A FAMÍLIA E QUAL É A RELAÇÃO ENTRE FAMÍLIAS E PROFISSIONAIS?

Resposta tradicional	Saúde Mental Comunitária
Como espectadores passivos, não envolvidos no processo terapêutico. Há distanciamento. Família e amigos, geralmente, são considerados incapazes de ajudar.	Como participantes ativos e co-responsáveis do processo. Relação de parceria.

B. OBJETIVOS

O objetivo principal do SISS é **eleva os limiares da atenção básica** através do aumento da capacidade resolutiva das equipes, do desenvolvimento e difusão de novas tecnologias. O detalhamento destes objetivos se faz com:

- Oferta de serviços a uma população adscrita;
- Ampliação dos pontos de atenção à saúde;
- Comunicação horizontal dos diferentes pontos de atenção à saúde, a partir da atenção primária a saúde;
- Racionalização da utilização dos procedimentos clínicos e administrativos;
- Estímulo ao autocuidado;
- Promoção do controle público;
- Integração do sistema de serviços de saúde com outras políticas públicas.



QUANTO AOS OBJETIVOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL, ESTES INCLUEM:

- Avançar num modelo de atenção com acesso a múltiplas alternativas assistenciais que vão de cuidados básicos nos domicílios e atendimento em US, até serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, bem como residenciais, de acordo com as diferentes necessidades de cuidado;
- Estruturar formas de tratamento com visão bio-psico-sócio-espiritual¹, considerando não só a condição clínica do paciente, mas promovendo sua recuperação, autonomia, reinserção social e reabilitação profissional;
- Acompanhar continuamente o usuário, ao longo do seu tratamento, facilitando sua integração na família e comunidade.

ESTE PROTOCOLO:

- Foi elaborado na busca de um avanço e uma atualização das informações descritas na primeira versão do Manual do Programa de Saúde Mental;
- Procura mostrar a continuidade do processo de atenção com a inclusão dos pressupostos de funcionamento do SISS;
- Tem como base a lógica do SISS, ou seja, os diferentes pontos de atenção, que incluem domicílio, unidade de saúde (US), recursos comunitários, pronto-atendimento, ambulatório, oficina terapêutica, núcleo de atenção psico-social (CAPS), hospital-dia, hospital integral, residência terapêutica e hospital geral, organizados em uma **rede horizontal**;
- O próximo capítulo tratará da operacionalização do programa, e o seguinte da prevenção dos transtornos mentais;
- No capítulo IV serão discutidos procedimentos e fluxos previstos para a unidade de saúde (US). Serão descritos quatro grupos de patologias específicas, a saber, dependências químicas, depressão, psicoses e patologias da infância/adolescência;
- Os demais pontos de atenção serão apresentados no capítulo V;
- O último capítulo trata, de maneira sucinta, dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental.





II. Operacionalização

A. POPULAÇÃO ALVO

População residente em Curitiba, adscrita às unidades de saúde, com foco nas grandes políticas municipais de saúde, nos grupos de risco conforme os programas institucionais e na assistência a pessoas portadoras de transtornos mentais.

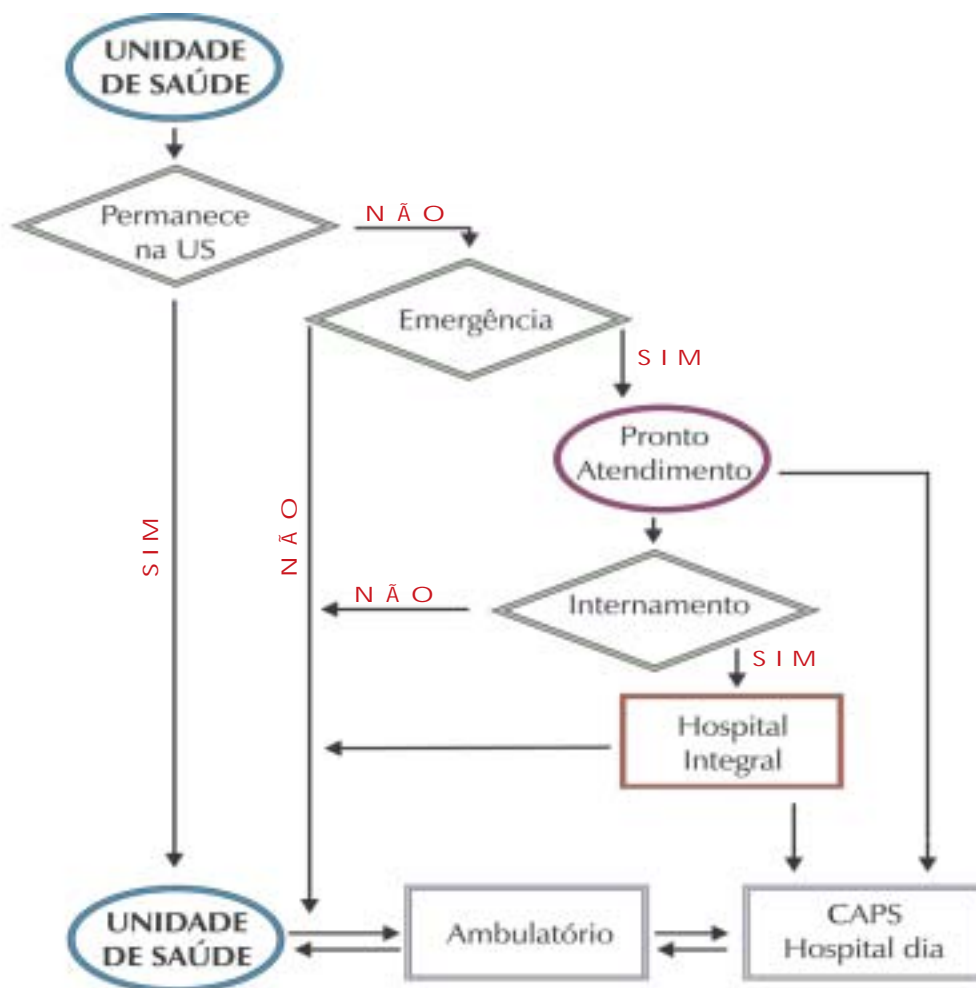
Considera-se os dados fornecidos pela OMS em termos de porcentagem populacional, a saber, 15% dependências químicas, 10% de depressões, 1% de esquizofrenia e, em crianças, 4 a 5 % de distúrbio de aprendizagem e 3 a 5% de déficit de atenção e hiperatividade.

B. VINCULAÇÃO DO USUÁRIO AO PROGRAMA

A captação de pessoas é feita por procura espontânea às unidades de saúde ou identificação na comunidade através de visitas domiciliares. Na assistência aos casos, o foco muda da patologia para o cidadão, investindo-se nos casos crônicos e no cuidado contínuo e resolutivo na atenção básica. A pessoa é inscrita no Programa de Saúde Mental (PSM) que oferece diversas opções de assistência, centrada na Unidade Básica e estendendo-se a serviços especializados, quando necessário. Há também uma preocupação com a reinserção familiar e social do indivíduo, buscando resgatar sua cidadania.



C. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL



Na US:

- avaliar o usuário;
- inscrever usuário no Programa;
- tratar na US quando indicado;
- fornecer medicamento;
- monitorar o tratamento;
- preencher referência para PA ou para ambulatório;
- interligar com os demais pontos de atenção, inclusive recursos comunitários.

No AMBULATÓRIO OU CAPS :

- avaliar o usuário;
- preencher plano terapêutico mensal para US, de continuidade do tratamento;
- na alta, preencher guia de transferência para outro serviço de continuidade.

No PA:

- avaliar o usuário;
- atender emergência;
- preencher guia de internação para hospital integral; preencher guia de transferência para US, ambulatório, CAPS ou hospital-dia.

No HOSPITAL-DIA:

- avaliar o usuário;
- na alta, preencher guia de transferência para outro serviço de continuidade.

No HOSPITAL INTEGRAL:

- avaliar o usuário;
- na alta, preencher guia de transferência para US, ambulatório, CAPS ou hospital-dia.



III. PREVENÇÃO

A saúde mental de uma pessoa está relacionada com a forma como ela reage às exigências da vida e harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, idéias e emoções. Ela é influenciada pela aceitação, ou não, deste indivíduo pela comunidade em que ele está inserido. A prevenção envolve incorporar hábitos de vida saudáveis bem como despertar a corresponsabilidade da comunidade, devendo envolver parcerias com outras secretarias e recursos comunitários.

A atenção primária à saúde é um espaço privilegiado que deve ser aproveitado para a promoção da saúde e prevenção de transtornos mentais.

Os recursos disponíveis, como a cartilha e os folhetos do Programa de Saúde Mental, podem ser utilizados em ações de promoção da saúde e prevenção de transtornos mentais com os diversos grupos e integrados às atividades já desenvolvidas nas unidades. Esta integração se faz nas grandes políticas municipais de saúde, através do Programa Vida Saudável e apoio a grupos de risco, como diabéticos, hipertensos, gestantes, adolescentes e grupos comunitários, atendidos nos programas Mãe Curitibana, Pacto pela Vida, Crescendo com Saúde e outros.

AS AÇÕES PREVENTIVAS EM SAÚDE MENTAL PODEM ATINGIR USUÁRIOS EM DIFERENTES CONDIÇÕES:

1. **Portadores de transtornos mentais** já diagnosticados devem receber orientações no sentido do auto-cuidado (vide quadro na pág. 84), do uso correto de medicamentos e/ou continuidade da psicoterapia e outros recursos indicados para que sejam minimizados o risco de reagudização do transtorno e o de exclusão social. Seus familiares também devem receber orientação e suporte. É, ainda, importante reconhecer condições psicossociais (familiares, de trabalho e comunitárias, entre outras) das pessoas em risco de recaídas, que possam ser utilizadas para favorecer a qualidade de vida, buscando-se a inter-setorialidade para este atendimento.
2. **Famílias com problemas diversos** que podem interferir negativamente na saúde mental de suas crianças, necessitando suporte, acompanhamento mais próximo e, eventualmente, encaminhamento para serviços especializados. Estes problemas incluem, entre outros:



- Crianças não desejadas;
- Crianças hospitalizadas por períodos longos ou com risco de vida no período neonatal, prejudicando o vínculo entre mãe e filho;
- Crianças portadoras de alguma doença crônica ou deficiência;
- Crianças hiperativas, ou que não aprenderam a respeitar limites;
- Pais ou responsáveis muito jovens;
- Famílias em conflito;
- História de violência na família;
- Desemprego e/ou dificuldades econômicas graves.

**PAIS EMOCIONALMENTE SAUDÁVEIS NUTREM FILHOS SAUDÁVEIS,
QUE SE TORNARÃO ADULTOS CAPAZES.**

20

3. **Todas as pessoas que tem ou pretendem ter um filho**, devem receber, além das orientações que visam uma boa saúde física desta criança, informações direcionadas para a saúde mental da mesma, como:

- Desenvolvimento normal da criança (exemplo: aos dois anos ela é ativa e curiosa mesmo. Não podemos esperar que se comporte como um adulto em miniatura);
- Suas reações normais (exemplo, ciúmes do irmão menor);
- A importância de tentar estabelecer equilíbrio entre sentirem-se tão inseguros a ponto de afastarem-se dos filhos ou de tal modo envolvidos que não conseguem separar-se dos mesmos;
- Lembrar que o comportamento dos pais é o modelo para o dos filhos;
- A **amamentação** também é importante para a saúde mental da criança;
- Todo indivíduo deve ser respeitado como ele é, mesmo que tenha limitações, medos e outros sentimentos que não são compreendidos pelos adultos. A aceitação da criança e do adolescente pelo adulto os leva a se aceitarem e se responsabilizarem pelos indivíduos que são;
- Uma criança, ou adolescente, que se sente amada e valorizada tende a se tornar um adulto mais feliz e mais capaz. O contrário acontece se a criança é criticada, desvalorizada, julgada e comparada. (exemplo, o irmão nunca dá problema, este aqui é que...);
- A criança e o adolescente precisam de limites, mas a **violência não** é uma boa forma para estabelecê-los, pois leva a criança, ou adolescente, a ver a violência como algo permissível no seu relacionamento com os outros, além de causar danos físicos e emocionais;
- Em todo relacionamento, ouvir e ser empático, ou seja, procurar colocar-se na posição do outro, é muito melhor do que dar conselhos.
- Atitudes importantes dos responsáveis, de acordo com as faixas etárias:



No primeiro ano de vida:

- assegurar conforto, aconchego e segurança;
- brincar e conversar com a criança;
- apoiar em coisas simples como dar de comer;
- estimular a percepção sensorial.

A partir do segundo ano de vida:

- entender que o crescimento inclui independência, assim como o aprender a lidar com limites. Os limites geram na criança a segurança necessária para que esta sinta-se capaz de buscar maior independência;
- a criança precisa explorar o ambiente, mas deve lhe ser garantida a segurança;
- brincar com a criança;
- conversar, contar histórias, ensinar canções - estimular a linguagem;
- a menina pode ser estimulada a deixar as fraldas por volta dos 18-24 meses, lembrando que as diferenças individuais precisam ser respeitadas. O tempo para a retirada das fraldas pode variar, devendo-se considerar inclusive fatores climáticos. (os meninos tendem a amadurecer mais tardiamente).

A partir do terceiro ano de vida:

- Continuar a estimular a sociabilidade através do brincar com outras crianças;
- Continuar a estabelecer e a orientar quanto à questão de limites, equilibrando os desejos da criança com as possibilidades da família;
- Continuar o estímulo à retirada das fraldas, do período noturno inclusive;
- Estimular o menino a deixar as fraldas, por volta dos 36 meses;
- Dar apoio à criança que, com a conquista de maior autonomia, freqüentemente apresenta medos e pesadelos.
- Fornecer informações sobre sexualidade, mas não expor a criança à sexualidade adulta, que é prejudicial ao seu desenvolvimento emocional.

A partir do quinto ou sexto ano de vida:

- Considerar que noções sobre separação, perda e morte estão estabelecidas;
- Lembrar que, nesta idade a criança tem grande sensibilidade e interesse pelo mundo adulto. Permitir que ela aspire à vida adulta, mas estabelecer limites claros entre o que pertence ao mundo da criança e o que pertence ao mundo do adulto;

A partir do ingresso na escola ou pré-escola:

- Participar da vida escolar, valorizar as conquistas e ajudar a criança a tolerar a falta de sucesso, inevitável na conquista do aprendizado;
- Apoiar para completar tarefas de aprendizagem iniciadas.



Na adolescência:

- ajudar na descoberta e desenvolvimento dos seus potenciais;
- estimular a construção de um projeto de vida e a busca da autonomia;
- Considerar que, nesta fase, “crises emocionais” podem ser normais, pois ele ainda se encontra em desenvolvimento emocional, não esquecendo que se estas crises são muito frequentes é importante verificar se não há um quadro de depressão, por exemplo, associado.
- orientar quanto ao auto-cuidado, especialmente na prevenção da gravidez precoce, da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do abuso de tabaco, álcool e outras drogas psicoativas;
- estar presente, conversar, participar.

4. Todos os usuários da US:

- Orientações visando a incorporação de hábitos de vida saudáveis;
- Informações gerais sobre os principais transtornos mentais, possibilitando a sua detecção precoce.

SUGESTÕES PARA A PREVENÇÃO ÀS DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS:

- Orientações em todas as consultas clínicas acerca dos padrões aceitáveis do consumo de álcool e não consumo do tabaco e outras drogas;
- Atividades em sala de espera com orientações e informações sobre o tema;
- Incentivo a atividades saudáveis visando a diminuição dos padrões de consumo de álcool, bem como estímulo à descoberta de novas habilidades e interesses;
- Inclusão de questões voltadas à dependência química nos demais programas desenvolvidos na US como: diabéticos, hipertensos, gestantes e adolescentes;
- Palestras na comunidade sobre o tema;
- Parcerias com outros serviços Municipais da região, em programas estratégicos como: Educação de jovens e adultos (EJA), Formando Cidadão /Cidadã, Da Rua para a Escola;
- Alfabetização dos dependentes químicos (projeto de voluntários para alfabetização a partir de temas de saúde);
- Incentivo à realização de cursos profissionalizantes (Linhas e Liceus do Ofício, cursos da Fundação Cultural);
- No caso de adolescentes e crianças proporcionar experiências de sucesso na aprendizagem – melhorar a auto-estima!
- Nas consultas de crianças e adolescentes explorar, sempre, questões familiares e encaminhar para serviço ambulatorial quando forem detectadas situações tais como disfunções familiares e presença de pseudomaturidade.



IV. PONTO DE ATENÇÃO UNIDADE DE SAÚDE

A Unidade de Saúde deve ser o ponto de atenção central do sistema integrado. É a partir e em função dela que se organizam os demais pontos do contínuo de atenção. A US tem os seguintes atributos: acessibilidade, atendimento à população adscrita, reconhecimento pelos usuários, responsabilidade por oferecer serviços essenciais, coordenação da atenção, foco na família e orientação comunitária.

Para que este ponto de atenção possa desempenhar suas funções adequadamente os seus profissionais serão supervisionados e capacitados pela equipe de saúde mental do Distrito Sanitário.

A US deve ser considerada, para consultas regulares de portadores de transtornos mentais, quando a equipe da US dispõe de médicos envolvidos e capacitados para o acompanhamento do portador de transtorno mental.

23

A. ACOLHIMENTO

- Acolher significa dar boas vindas e humanizar o atendimento. É um momento de reconhecimento da pessoa de forma empática, ou seja, colocando-se no lugar do outro;
- O primeiro contato com a pessoa é extremamente importante, pois pode garantir a adesão e a continuidade de todo o processo de atendimento;
- O acolhimento deve acontecer cada vez que o usuário comparece à unidade de saúde e diz respeito a uma atitude profissional que reforça e mantém a vinculação.

Acolhimento envolve:

- tratar os usuários e familiares com respeito,
- promover uma relação de proximidade entre equipe e paciente, evitando, contudo, envolvimento íntimo;



- mostrar solidariedade e qualificar as relações entre as pessoas;
- buscar valorizar o potencial dos indivíduos, aceitando as limitações de cada situação e quebrar barreiras burocráticas;

UM BOM VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAL E USUÁRIO PERMITE QUE A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL ACONTEÇA DE MANEIRA MAIS EFETIVA.

B. AVALIAÇÃO

TÓPICOS RELEVANTES DA ANAMNESE:

- Razão da procura;
- Idade de início e periodicidade;
- Realidade de vida diária;
- Entendimento sobre tratamentos prescritos anteriormente;
- Grau de cooperação do paciente;
- História familiar;
- Suporte familiar e social;

Informações específicas, como:

- História do desenvolvimento, na criança;
- Tipo e quantidade de substâncias de abuso;
- Síndrome de abstinência anterior;
- Presença de sintomas e quadros clínicos associados;
- Em mulheres em idade fértil, sempre investigar o uso de métodos anticoncepcionais e gravidez (alguns psicofármacos, especialmente o carbonato de lítio, são teratogênicos).

EXAME CLÍNICO:

- Exame físico;
- Exame neurológico simples;
- Exame do estado mental.

ANOTAR:

- Aparência geral;
- Interação com o examinador;
- Atividade psicomotora;
- Afeto e humor (estado emocional);



- Linguagem;
- Presença ou não de alucinações;
- Pensamento (velocidade e conteúdo: delírio, preocupações, obsessões, auto e hetero-agressividade);
- Nível de consciência;
- Orientação espacial, temporal e pessoal;
- Memória;
- Concentração;
- Inteligência.

QUADRO IV.1:

SINAIS INDICADORES DE GRAVIDADE

- Agitação
- Delírio e/ou alucinações
- *Delirium*¹
- Distúrbios do movimento
- Intoxicação e abstinência de substâncias psicoativas
- Risco de suicídio
- Suspeita de negligência e abuso
- Contexto desfavorável (pessoa incapaz de cuidar de si mesma e sem suporte familiar)

¹ Um *delirium* é um quadro agudo de perturbação da consciência e alteração na cognição. Pode ser causado por um distúrbio clínico subjacente ou induzido por substâncias.



CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS:

As condições médicas gerais que cursam com transtornos mentais, quando não diagnosticadas, interferem no resultado terapêutico. Exigem intervenções específicas além daquelas instituídas para o controle da sintomatologia apresentada e do transtorno mental presente.

O quadro a seguir demonstra os principais indicadores sugestivos de transtorno mental devido à condição orgânica:

QUADRO IV.3:

INDICADORES SUGESTIVOS DE TRANSTORNO MENTAL DEVIDO À CONDIÇÃO ORGÂNICA
Início agudo e episódio único
Idosos: Pessoas idosas são mais sujeitas a quadros neurológicos, enquanto o transtorno mental pode acometer pessoas de qualquer idade.
Uso de substâncias psicoativas e de medicações: Várias substâncias químicas podem desencadear sintomatologia psiquiátrica, inclusive medicamentos. Pesquisar medicações de uso constante, aumento recente de dosagem, acréscimo de nova droga àquelas já em uso.
Doenças concomitantes: Aids, toxoplasmose, quadros infecciosos, aterosclerose, insuficiência cardíaca, renal ou hepática, hipóxia e outras patologias indicam grande possibilidade de acometimento neurológico.
Antecedentes de traumatismo crânio-encefálico, politraumatismos
Sinais de comprometimento neurológico e da cognição

OUTROS FATORES ASSOCIADOS

Observar:

- Suspeita ou comprovação de maus tratos na infância, adolescência, mulher ou idoso;
- Riscos devido às condições sócio-econômicas;
- Abandono escolar;



- Analfabetismo;
- Conflitos com a Lei;
- Vulnerabilidade a situações de risco a DST / Aids.

Sempre que um indivíduo apresentar quadro sugestivo de transtorno mental, deve-se afastar condições orgânicas que possam estar dando origem à sintomatologia, como as descritas no quadro a seguir:

QUADRO IV.4:

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE SE APRESENTAM COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS				
DOENÇA	SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS COMUNS	SINAIS E SINTOMAS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	EXAMES E APOIO DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÕES
Aids	Ataxia Convulsões Emagrecimento Febre Incontinência Sinais neurológicos focais	Alterações de personalidade Demência progressiva Depressão Memória e concentração comprometidas Mutismo Psicose	Teste de HIV +	Grande maioria dos pacientes têm sintomas psiquiátricos Considerar sempre em jovens com demência e populações de alto risco Afastar outras infecções, neoplasias cerebrais, demência e psicose
Carcinoma pancreático	Dor abdominal Perda de peso	Anedonia Apatia Depressão Falta de energia Letargia	Amilase ↑	Sempre considerar em pacientes de meia idade deprimidos
Convulsões	Alterações sensoriais Aura	Automatismos motores Beligerância Comportamento bizarro Confusão Estados catatoniformes Estados dissociativos Psicose Violência	Alterações ao EEG	Considerar convulsões complexas parciais em todos os estados dissociativos Afastar estados pós-ictais e esquizofrenia catatônica
Deficiência de nicotinamida	Diarréia	Apatia Confusão Demência Depressão Distúrbios de memória Insônia Irritabilidade Psicose		Afastar transtornos de humor e demência



QUADRO IV.4:

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE SE APRESENTAM COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS

DOENÇA	SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS COMUNS	SINAIS E SINTOMAS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	EXAMES E APOIO DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÕES
Deficiência de Piridoxina	Convulsões Fraqueza muscular	Apatia Distúrbios de memória Irritabilidade		Freqüentemente causada pelo uso de isoniazida Afastar transtornos de humor e demência
Deficiência de tiamina	Neuropatia Cardiomiopatia Síndrome de Wernicke-Korsakoff (ver item específico) Nistagmo Cefaléia	Amnésia Confabulação Confusão Diminuição da capacidade de concentração Incapacidade para sustentar uma conversação		Mais freqüente em alcoolistas afastar hipomania, transtorno depressivo e demência
Deficiência de vitamina B 12	Palidez Tonturas Neuropatia periférica Ataxia	Demência Fadiga Falta de atenção Irritabilidade Psicose	Anemia megaloblástica	Afastar transtornos de humor e demência
Doença de Huntington	Movimentos coreoatetóticos Rigidez	Depressão Euforia		Afastar transtornos de humor e esquizofrenia
Doença de Parkinson	Disfunção motora	Ansiedade Demência Depressão		Afastar outras causas de demência
Doença de Wilson	Anel de Kayser-Fleischer Movimentos coreoatetóticos Quadro sugestivo de hepatite Rigidez	Alterações de humor Psicose	Ceuloplasmina sérica ↓ Cobre urinário ↑	Início, em geral, na adolescência ou juventude Afastar reações extrapiramidais e transtornos de humor
Encefalopatia hepática	Aranhas vasculares Atrofia hepática Ataxia Disartria Eritema palmar Equimoses Hepatomegalia Hiperreflexia	Déficit cognitivo e de concentração Depressão Desinibição Diminuição das atividades de vida diária Euforia Inquietação Psicose	Provas de função hepática e albumina alteradas Lentificação difusa ao EEG	Pode ser aguda ou crônica, conforme a causa Afastar abuso de substâncias, transtornos de humor, demência



QUADRO IV.4:

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE SE APRESENTAM COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS				
DOENÇA	SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS COMUNS	SINAIS E SINTOMAS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	EXAMES E APOIO DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÕES
Esclerose múltipla	Alterações motoras e sensoriais súbitas e transitórias Fala arrastada Perda visual Sinais neurológicos difusos	Ansiedade Euforia Mania Incontinência	Gamaglobulina elevada no liquor Alterações degenerativas no cérebro e espinha dorsal	Início, geralmente em adultos jovens Afastar sífilis terciária, outras doenças degenerativas, histeria, mania tardia
Feocromocitoma	Cefaléia Hipertensão paroxística Sudorese Tremores	Ansiedade Pânico	Ácido vanil-mandélico urinário elevado	Afastar transtornos de ansiedade
Hiperglicemia	Anorexia Convulsões Desidratação Hálito cetônico Náuseas e vômitos Queixas abdominais	Ansiedade Agitação Delirium	Acidose Cetonas séricas Cetonas urinárias Hiperglicemia	Quase sempre associado com diabetes juvenil resistente e diabetes não-insulina dependente do idoso Afastar distúrbios depressivos e de ansiedade
Hiperparatireoidismo	Constipação Náuseas Polidipsia	Depressão Paranóia Confusão	Hipercalcemia Hormônio paratireoideo variável ECG: diminuição do intervalo QT	Afastar depressão maior e transtorno esquizoafetivo
Hipertireoidismo (tireotoxicose)	Intolerância ao calor Diarréia Palpitações Perda de peso Sudorese excessiva Taquicardia Tremor fino Vômitos	Cognição alterada Concentração diminuída Excitabilidade Falta de limites Hiperatividade Irritabilidade Insônia Medo de morte iminente Nervosismo Psicose Verbosidade	T ₄ livre ↑ T ₃ ↑ TSH ↓ ECG: taquicardia, fibrilação atrial, mudanças nas ondas P e T	Nem sempre todo o espectro de sintomas está presente Coexistência de hipertireoidismo e ansiedade Afastar malignidade oculta, doença cardiovascular, intoxicação por cocaína, estados de ansiedade, mania
Hipoglicemia	Coma Convulsões Estupor Sonolência Sudorese Taquicardia Tremores	Agitação Ansiedade Confusão Inquietude	Hipoglicemia	Excesso de insulina, muitas vezes complicada, por exercício, álcool, redução da ingestão alimentar Afastar insulinoma, estados pós-ictais, depressão agitada e psicose



QUADRO IV.4:

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE SE APRESENTAM COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS				
DOENÇA	SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS COMUNS	SINAIS E SINTOMAS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	EXAMES E APOIO DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÕES
Hiponatremia	Coma Convulsões Estupor Polidipsia Sede excessiva	Confusão Letargia Alterações de personalidade Anormalidades da fala	Hiponatremia Osmolaridade ↓	Diabetes insípido atípico Potomania Afastar síndrome nefrótica, doença hepática, cardiopatia congestiva Psicose Personalidade esquizotípica
Hipoparatiroidismo	Cefaléia Dor abdominal Espasmo carpopedal Espasmo laríngeo Parestesias Tetania	Agitação Alterações de memória Ansiedade Confusão Depressão	Hipotensão arterial Hipocalcemia com albumina normal	Afastar transtornos de ansiedade e de humor
Hipotireoidismo (mixedema)	Bradicardia Bócio Cabelo seco e quebradiço Constipação Fraqueza muscular Ganho de peso Intolerância ao frio Pele seca Sensibilidade incomum aos barbitúricos	Afeto deprimido Alucinações Apatia Concentração diminuída Lentidão psicomotora Letargia Mudança de personalidade Paranóia Psicose que se assemelha a mania Sensibilidade incomum aos barbitúricos	TSH ↑ TSH ↓ se houver doença pituitária T ₄ livre ↓	Mais comum em mulheres Associado à litioterapia Afastar doença pituitária, doença hipotálâmica, depressão maior e transtorno bipolar
Insuficiência adreno-cortical	Anorexia Coma Delirium Estupor Fadiga Hipotensão arterial Hiperpigmentação Náuseas Vômitos	Depressão Letargia Psicose	Eosinofilia Hipercalemia Hiponatremia	Pode ser primária ou secundária Afastar transtornos alimentares e de humor



QUADRO IV.4:

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE SE APRESENTAM COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS				
DOENÇA	SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS COMUNS	SINAIS E SINTOMAS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	EXAMES E APOIO DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÕES
Lesões possivelmente auto-infligidas devido a transtorno psiquiátrico, como “pulsos cortados” e outras mais graves	Doença crônica ou terminal Dor crônica	Acidentes e atendimentos em serviços de emergência frequentes Ansioso para não ser examinado Humor deprimido Psicose puerperal Tentativas anteriores de suicídio		Comportamento suicida é sintoma de doença psiquiátrica, incluindo abuso de álcool e outras substâncias; Há um risco elevado de (novas) tentativas de suicídio
Lupus Eritematoso Sistêmico	Artralgias Cefaléia Febre Fotossensibilidade Lesão em asa de borboleta	Alterações do humor Fadiga Psicose	Anemia Anticorpos antinucleares + Teste LE + Trombocitopenia Pericardite Derrame pleural	Mais frequente em mulheres; Sintomas psiquiátricos em metade dos casos; Corticoterapia pode causar sintomas psicóticos; Afastar transtorno de humor e psicose
Síndrome de Cushing	Diminuição da força muscular Estrias vinhasas Hipertensão arterial Hirsutismo Obesidade central Osteoporose Úlceras frequentes	Delírium Depressão Dificuldade de concentração Euforia Falta de energia Insônia Labilidade emocional Mania Psicose		Intolerância a glicose; Teste de supressão da dexametasona anormal Identificar outras causas como neoplasias; Risco de suicídio em casos não tratados; Afastar transtornos do humor
Neoplasias cerebrais	Achados neurológicos focais Anormalidades motoras e sensoriais Cefaléia Convulsões Delírium Equilíbrio e coordenação perturbados Papiledema Problemas visuais Vômitos	Alterações da fala Alterações de humor Alteração de personalidade Alucinações visuais Crises psico-motoras Irritabilidade Julgamento e memória prejudicados	Lesões focais Hipertensão intracraniana	Tumores cerebelares são mais frequentes na criança e gliomas na quinta década de vida; Afastar abscesso intracraniano, aneurisma, hematoma sub-dural, epilepsia, doença cerebro-vascular, depressão reativa, mania, psicose, demência



QUADRO IV.4:

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE SE APRESENTAM COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS				
DOENÇA	SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS COMUNS	SINAIS E SINTOMAS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	EXAMES E APOIO DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÕES
Porfiria intermitente aguda	Constipação Dor abdominal Febre Náuseas e vômitos Neuropatia periférica Paralisia Taquicardia Sudorese	Agitação Alucinações visuais Depressão aguda Fraqueza Inquietação Paranóia	Leucocitose Ácido gamaamino-levulínico ↑ Porfobilinogênio ↑	Mais comum em mulheres de 20 a 40 anos; Pode ser precipitado por várias substâncias Afastar abdome agudo, episódio psiquiátrico agudo
Sífilis terciária	Artrite Distress cardiovascular progressivo Distress respiratório Lesões cutâneas Placas leucodermicas Periostite	Alterações de personalidade Comportamento irresponsável Confusão Desatenção nas atividades de vida diária Irritabilidade Psicose	VDRL + , Anticorpos antitreponema, Líquor alterado	Afastar neoplasias, meningite, demência, transtornos de humor com sintomas psicóticos e esquizofrenia
Síndrome de Wernicke-Korsakoff	Encefalopatia de Wernicke (= risco de vida): Ataxia Confusão mental Febre Nistagmo Oftalmoplegia Vômitos	Psicose de Korsakoff: Amnésia Confabulação Déficit cognitivo	TC e RNM podem evidenciar lesões puntiformes nas regiões periventricular, periaqueductal do tronco e diencefalo	Deficiência de tiamina
Traumatismos cranianos	Alteração ou perda de consciência Cefaléia Convulsão História ou evidência de trauma Sangramento auricular Sinais neurológicos focais Paralisia Tontura	Alteração de personalidade Confusão Perturbação da memória	Alterações no RX de crânio, TC, angiograma cerebral e EEG	Confirmar história de traumatismo e afastar doença cerebrovascular, epilepsia, alcoolismo, diabetes, encefalopatia hepática, depressão, demência

Adaptado de Kaplan e Sadock, 1997



MONITORAMENTO DO TRATAMENTO ESPECIALIZADO

- Inscrever o paciente no Programa de Saúde Mental;
- Realizar visita domiciliar, para verificar as condições de autocuidado (vide quadro pág. 85), familiares e de moradia conforme necessidade ou quando há indícios de falha na adesão do tratamento (ver tabela de visitas domiciliares pág. 85);
- Realizar acompanhamento mensal, incluindo:
 - Disponibilização e verificação da medicação em uso;
 - Comparecimento a consultas;
 - Evolução do tratamento;
 - Monitorar o plano terapêutico estabelecido pelos serviços; especializados, liberando os cheques consulta e as diárias dos CAPS;
- Periodicamente o usuário deve ser avaliado clinicamente e monitorado com exames laboratoriais, sendo a frequência destas ações determinada pelo médico responsável, em função da patologia;
- Esclarecer dúvidas e orientar sobre a patologia e o funcionamento do Programa de Saúde Mental do município;
- Deverá ser designado um **gerente de caso** para cada paciente, entre os profissionais da US. Este gerente de caso será responsável por acompanhá-lo com relação a todos os itens descritos anteriormente, bem como manter contato com os outros serviços envolvidos (inclusive a escola ou creche, no caso de crianças!) e, sempre que necessário marcar reuniões para desenvolver um método de atuação coordenada e prover as diferentes necessidades do indivíduo em questão.

33

C. EVENTO AGUDO

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

- No atendimento dos pacientes nestas situações deve-se priorizar sua segurança física e emocional;
- Evitar atitudes ameaçadoras;
- Informar ao paciente que a violência não será admitida e que, se necessário, medidas de contenção serão tomadas;

Manter o ambiente de trabalho seguro:

- O local de atendimento não deve ser isolado;
- Remover objetos que possam ser usados como instrumento de agressão;
- Os móveis devem estar dispostos de maneira a permitir fácil acesso para **entrada e saída da equipe**;
- A equipe deve estar pronta para conter o paciente quando necessário.



SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

AGITAÇÃO:

ESTABELECEER A CAUSA PROVÁVEL:

A causa pode ser única ou a combinação de duas ou mais:

- Orgânica;
- Comportamental;
- Psiquiátrica.

Prevenir agressão detectando indicadores de comportamento violento, como:

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

CONTENÇÃO:

CONTENÇÃO VERBAL

Observar as seguintes medidas:

- Identificar-se;
- Comunicar que está ali para ajudá-lo;
- Utilizar frases curtas e claras, repetindo se necessário;
- Manter distância adequada para sua proteção;
- Afastar platéias;
- Explicar o que será feito para ajudá-lo (não enganar o paciente);
- Estimular o paciente a falar de seus sentimentos, procurando acalmá-lo e auxiliá-lo na percepção da realidade.

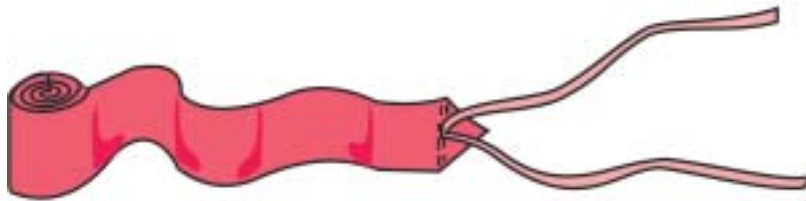
Obs.: Não excluir a possibilidade de novos episódios de agitação após a estabilização do quadro. Quando não for suficiente a contenção verbal, utilizar a contenção física. Certificar-se de que poderá contar com a ajuda de outras pessoas caso haja violência.



CONTENÇÃO FÍSICA

- É um método seguro, eficiente e reversível, não afetando o nível de consciência do paciente;
- Havendo risco da integridade dos profissionais, poderá ser solicitada ajuda da polícia militar para fazer a contenção;
- É necessária a participação de, **no mínimo**, 4 profissionais;
- O material para a contenção é constituído de 4 faixas (uma para cada membro), de aproximadamente 12 m de comprimento por 40 cm de largura, com tiras finas em 1 das extremidades (figura IV.1).

Figura IV.1



TÉCNICA DA CONTENÇÃO:

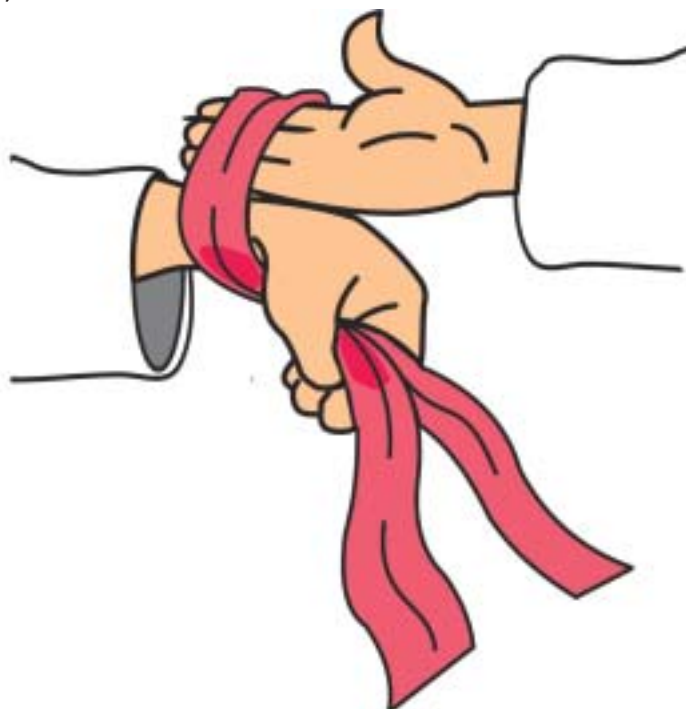
1. O paciente deverá ser deitado sobre uma cama, maca ou colchão e 3 ou mais pessoas devem segurar os membros do paciente, estendidos (nos ossos longos; não fazer pressão sobre as articulações);
2. Retirar do paciente: cinto, pulseiras, relógios, anéis, colares, objetos nos bolsos, chaves ou outros objetos que possam machucá-lo;
3. Desenrolar cerca de 1 metro da faixa, juntar as duas partes fazendo uma alça e colocar a mão direita pelo espaço da alça (figura IV.2);

Figura IV.2



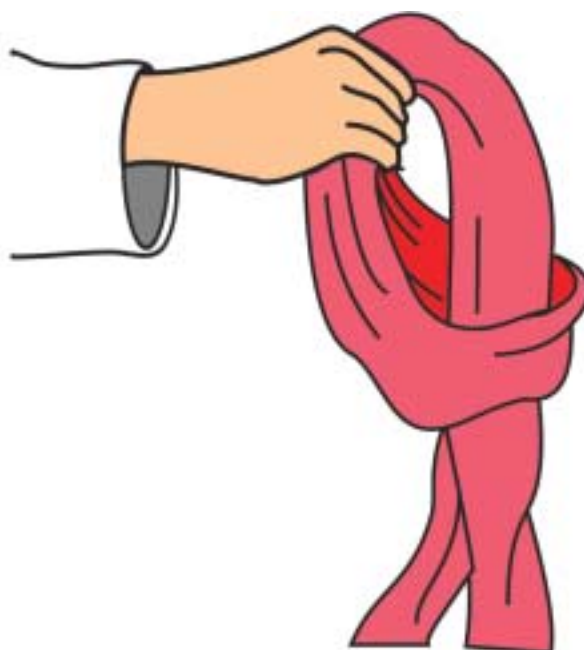
4. Dobrar a laçada que ficou sobre a mão, colocando-a por cima da junção das faixas (figura IV.3);

Figura IV.3



5. Firmar o laço que se formou com a mão esquerda, deixando a mão direita dentro da laçada (figura IV.4);

Figura IV.4



6. Cada uma das 4 faixas deverá ser colocada em um dos punhos e tornozelos do paciente (por um dos 4 profissionais envolvidos), utilizando-se a mesma laçada (figura IV.5);

Figura IV.5



7. Introduzir, a seguir, a ponta mais curta da faixa dentro da laçada, o que evita que ela aperte o paciente que está sendo contido, mantendo sempre a mesma tensão (pode-se verificar se a tensão está adequada introduzindo os dedos indicador e médio entre a faixa e o corpo do paciente);

8. O restante da ponta mais curta deve ser amarrado à estrutura da cama, imobilizando o paciente (o ideal é que a pessoa mais treinada faça as 4 laçadas, enquanto as outras contêm o paciente);

9. Com a parte da faixa que estava enrolada envolver por 3 vezes o membro que já está imobilizado pela laçada, sempre no sentido distal-proximal de forma a envolver joelhos e cotovelos;

10. A seguir, 4 pessoas, 2 de cada lado da cama farão a contenção propriamente dita, passando as faixas (2 pessoas para superiores e 2 para as inferiores) sobre o paciente e por baixo da cama (figura IV.6);

Figura IV.6



11. As faixas que prendem os membros superiores devem vir dos ombros até o abdome e as que prendem os membros inferiores dos tornozelos até a cintura (figura IV.7);

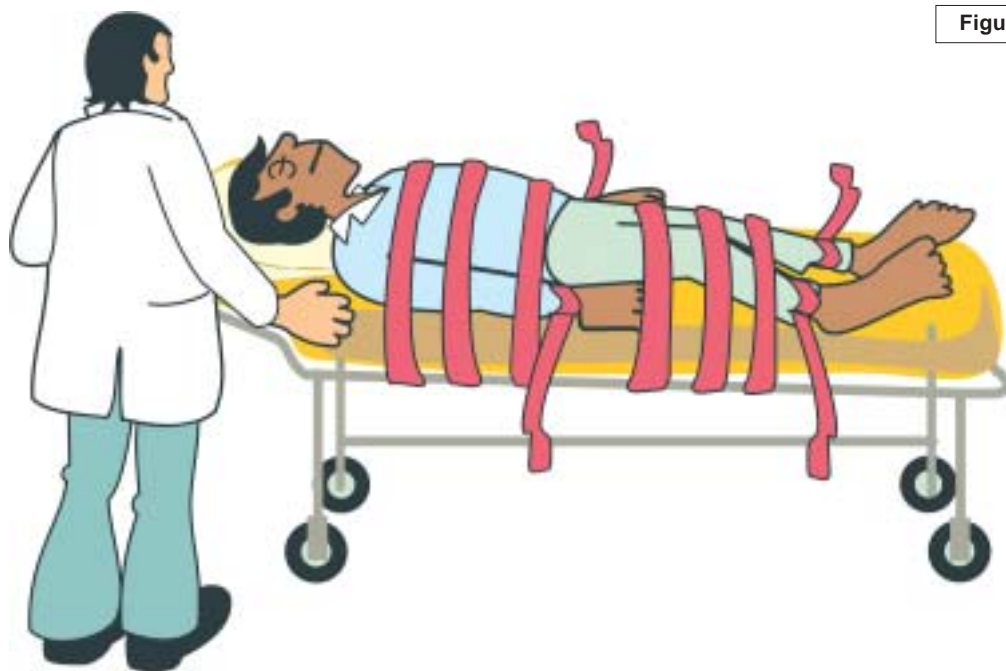


Figura IV.7

12. As faixas deverão ser colocadas na horizontal ou com pequenas inclinações, o que dificulta que o paciente afrouxe a contenção (figura 8);



Figura IV.8



13. É fundamental que as faixas fiquem bem esticadas. Para tanto, sempre que uma volta for concluída puxar a faixa para dar a tensão necessária (nem muito apertada nem frouxa), firmar os membros estendidos (nos ossos longos; não fazer pressão sobre as articulações).

14. No caso de pacientes que necessitem soroterapia ou medicação endovenosa, após a imobilização dos braços com a laçada as faixas são passadas por cima de um dos braços, do ombro até a cintura, e por baixo do outro, de modo a deixar livre parte do mesmo, permitido o acesso venoso (figura IV.9).



Figura IV.9

CUIDADOS COM O PACIENTE CONTIDO:

- **Nunca deixá-lo sozinho:** a presença de cuidadores junto ao paciente contribui para acalmar!
- Observá-lo constantemente em relação à segurança e ao conforto da contenção (observar a pressão da faixa sobre a região contida);
- Manter tronco e cabeça levemente elevados;
- Monitorar sinais vitais e o nível de consciência, a cada 15 minutos e anotá-los na ficha de contenção (anexo 3);
- Caso a contenção seja mantida por mais de 1 hora, o paciente deverá ser reavaliado pelo médico de hora em hora (ou com maior frequência);
- Não permitir que seja alimentado ou fume neste período;
- Em caso de sede, molhar o algodão e passar nos seus lábios;
- Não administrar medicação por via oral neste período;
- Não desfazer a contenção em situações de necessidades fisiológicas;
- **Desfazer a contenção imediatamente em casos de emergência clínica** como dificuldades respiratórias, crises convulsivas e outras;
- Ao transportar o paciente para outro local, deixá-lo contido com faixa de segurança e explicar que este procedimento é rotina.

Caso a contenção física não seja suficiente para o controle da situação de crise, pode ser indicada a contenção química.



CONTENÇÃO QUÍMICA

- A contenção química só poderá ser prescrita pelo médico, em casos de extrema necessidade e como último recurso;
- Deve-se evitar a sedação completa, pois esta pode dificultar a avaliação diagnóstica do paciente;
- As indicações dos psicofármacos no controle dos quadros de agitação poderão ser pesquisadas no quadro a seguir.

QUADRO IV.5:

PSICOFÁRMACOS UTILIZADOS NA CONTENÇÃO QUÍMICA: PRINCIPAIS INDICAÇÕES E INCONVENIENTES			
PSICOFÁRMACO	POSOLOGIA	INDICAÇÕES	INCONVENIENTES
HALOPERIDOL (Antipsicótico de alta potência)	5 mg, IM, cada 30 minutos, até a diminuição dos sintomas Máximo: 6 doses.	Primeira escolha: Quadros psicóticos; Episódios maníacos	Sintomas extrapiramidais; Contra-indicado em intoxicações por inalantes.
CLORPROMAZINA (Antipsicótico de baixa potência)	25 mg, IM	Segunda escolha: Quadros Psicóticos	Maior poder de sedação; Risco aumentado de formação de abscessos e reações granulomatosas; Causa hipotensão e efeitos anticolinérgicos; Contra-indicado em intoxicações por inalantes
DIAZEPAM (Ansiolítico)	10 a 20 mg, VO Dose máxima, VO: 120 mg ao dia	Primeira escolha: Intoxicação alcoólica aguda; Abstinência de álcool ou de drogas hipnóticas sedativas; Intoxicação por cocaína, alucinógenos, inalantes, maconha e anticolinérgicos; Quadros não psicóticos; Tratamento das convulsões	Início da ação não é rápido; Efeito sedativo; Risco de depressão respiratória; Efeito paradoxal eventual; Não usar via IM em intoxicações por alucinógenos, maconha, cocaína e anticolinérgicos

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

- O paciente deverá ser encaminhado para o pronto atendimento;
- O transporte do paciente deverá ser feito pelo serviço de ambulância, com o acompanhamento de um profissional de enfermagem e familiares ou responsável;
- Os acompanhantes deverão ter documentação para efetuar internamento, se necessário.



SUICÍDIO:

IDEAÇÃO SUICIDA

O paciente poderá apresentar idéias de suicídio, sem ter necessariamente o risco de cometê-lo. Caso haja verbalização acerca desta intenção, abordar da seguinte maneira:

- Evitar críticas irônicas, julgamentos ou demonstração de irritabilidade;
- Investigar a intenção ou ideação suicida;
- Fazer perguntas abrangentes e não diretivas;
- Incentivar o paciente a falar livremente, mostrando-se solidário e disposto a ouvi-lo;
- Abordar gradualmente a ideação suicida. Não é verdade que falar sobre suicídio pode vir a desencadeá-lo;
- Auxiliar o paciente a compreender melhor a intenção da tentativa;
- Auxiliar o paciente a elaborar outras alternativas para resolver esta situação;
- Oferecer apoio realista evitando apoio superficial (tudo vai melhorar, seu esposo voltará...);
- **Pesquisar as razões que o paciente tem para viver, e enfatizar estes aspectos;**
- Orientar os familiares sobre o problema do paciente e solicitar sua ajuda, alertando sobre riscos e necessidades intensivas de proteção;
- Após esta abordagem de apoio **encaminhar para o pronto atendimento.**

NÃO EXISTE EVIDÊNCIA DE QUE A DISCUSSÃO SOBRE SUICÍDIO PODE VIR A DESENCADEÁ-LO.

RISCO DE SUICÍDIO

Ao avaliar um paciente com ideação suicida deve-se considerar os seguintes fatores, que indicam risco de suicídio:

- Tentativas anteriores;
- Ideação suicida com plano de suicídio;
- Sexo masculino;
- Dificuldade de controle com impulsos agressivos;
- Acesso a armas ou outros instrumentos como cordas, substâncias tóxicas;
- Uso de álcool ou drogas;
- Depressão grave ou quadro psicótico;
- História de suicídio na família.

Caso seja identificado o risco de suicídio o paciente deverá ser encaminhado imediatamente para o pronto-atendimento. É importante garantir a sua chegada para que não haja tentativas durante o trajeto.



TENTATIVA DE SUICÍDIO:

- Encaminhar o paciente para avaliação clínica de urgência;
- Não havendo necessidade de intervenção clínica, observar o ítem ideação e risco de suicídio.

D. FAMÍLIA

A família é o elo fundamental entre o ponto de atenção em saúde e o doente. Ela deve ajudá-lo a sentir-se responsável pelo tratamento. Familiares e profissionais devem agir em conjunto, procurando melhorar a qualidade de vida do portador de transtorno mental. Para tanto, ela deve ser:

- Encaminhada para reuniões educativas e de apoio na US, grupos na comunidade ou atendimento ambulatorial;

Orientada quanto:

- À doença;
- Seu tratamento;
- Efeitos colaterais da medicação;
- ***Importância da família, especialmente no que se refere a:***
 - Seguir as orientações dos profissionais de saúde;
 - Incentivar a continuidade do tratamento;
 - Avaliar os resultados, e informar à US a ocorrência de risco ou ideação suicida, agitação excessiva, agressividade, efeitos colaterais da medicação, apatia e outros;
 - Comunicar a US nos casos de falta às consultas programadas ou recusa a fazer uso da medicação;
 - Realizar acompanhamento integral e permanente do paciente quanto à administração da medicação, verificando seu uso correto.

E. CUIDADO CONTÍNUO

Nos transtornos mentais, além do evento agudo, deverá ser priorizado o cuidado contínuo nos momentos silenciosos da doença. Na maioria das vezes, a manutenção deste cuidado poderá evitar eventos agudos, como recaídas e reagudizações. O detalhamento deste cuidado está descrito nos protocolos específicos de cada patologia.



4.1. *DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS*

- O alcoolismo representa, tipicamente, uma seqüência progressiva de eventos, que podem se desenvolver através de várias fases sucessivas do ciclo de vida. O beber pode começar na infância ou na adolescência e tornar-se disfuncional em fases posteriores da vida;
- 15 a 30 % da população adulta, em algum momento da vida, tem problemas associados ao uso de álcool e 5 a 15% são dependentes;
- Com relação às outras drogas (exceto álcool e tabaco), o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus, em 10 capitais brasileiras, variou de 18 a 23%;
- Cada dependente químico afeta diretamente a vida de pelo menos 4 ou 5 pessoas;
- No caso de mulheres grávidas ou que estão amamentando, o abuso do álcool pode provocar malformações no bebê.

43

A. ATIVIDADES PROGRAMADAS

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

- Como a prevalência do alcoolismo é alta, **todo** indivíduo que procura a unidade básica de saúde deve ser investigado quanto ao alcoolismo. No entanto, não é raro identificar situações clínicas, a partir da avaliação clínica ou de resultados de exames complementares, sem considerar o papel da bebida alcoólica no seu desenvolvimento. Mesmo que valorizado como fator etiológico ou de descompensação, usualmente nenhuma investigação adicional é realizada para esclarecer o padrão de consumo, estabelecer um diagnóstico e planejar uma intervenção adequada.
- Cerca de 70% dos alcoolistas tem recidivas um ano após o início do tratamento e 90% após 5 anos. Porém, os resultados são bem melhores quando o tratamento é instituído nos estágios iniciais do alcoolismo. O mesmo se dá no caso do tratamento de outras adições.
- Diversos trabalhos tem demonstrado que a precocidade na identificação do problema e conseqüente orientação pelas equipes de saúde, reduz em até 40% o consumo de álcool desta clientela.



As seguintes queixas são altamente sugestivas de alcoolismo:

- Aversão a doces;
- Náuseas e/ou vômitos matinais;
- Diarréias freqüentes;
- Dor abdominal;
- Hemorragia digestiva;
- Inapetência;
- Pirose;
- Ansiedade, irritabilidade e excitabilidade;
- Insônia;
- Confusão e desorientação;
- Depressão;
- Dificuldades de aprendizagem, de memória e de concentração;
- Amnésia;
- Convulsões;
- Dores musculares e/ou fraqueza, principalmente nas pernas;
- Polineurite;
- Impotência sexual;
- Palpitações;
- Infecções respiratórias recorrentes (tuberculose, pneumonia apical por *Klebsiella*);
- Escoriações, contusões e fraturas repetidas;
- Acidentes de trânsito e de trabalho;
- Faltas ao trabalho, principalmente nas segundas feiras e após feriados;
- Desemprego prolongado;
- Problemas familiares e sociais, incluindo espancamentos.

E, ao exame físico:

- Hálito alcoólico;
- Face avermelhada;
- Aranhas vasculares;
- Edemas;
- Emagrecimento;
- Hepatomegalia, cirrose;
- Hipertensão arterial;
- Icterícia;
- Pelagra.

As seguintes alterações laboratoriais também podem sugerir alcoolismo:

- Anemia com aumento do volume corpuscular médio pela deficiência do ácido fólico (ou ferropriva por baixa ingestão ou por perdas)
- Trombocitopenia;
- Ácido úrico elevado;



- Bilirrubinas elevadas;
- Colesterol total elevado;
- Gamaglutamil transferase elevada.
- Triglicerídios elevados;
- Proteínas séricas diminuídas;
- Hipoglicemia;
- Alcoolemia superior a 150 mg/100ml.

ABORDAGEM:

A seguir apresentamos algumas orientações sobre como e o que perguntar, para confirmar a suspeita de alcoolismo:

- O profissional deve avaliar o momento que lhe pareça mais apropriado para fazer as perguntas necessárias.
- Abordar o uso de álcool no contexto de outros hábitos alimentares, evita a estigmatização e permite associações como, por exemplo:
 - Alguma vez já lhe foi indicado por algum médico diminuir ou suspender o sal da dieta?
 - *O sal já lhe prejudicou a saúde?*
 - *Qual a bebida de sua preferência?*
- Para investigar a quantidade utilizada, deve-se exagerar na pergunta, na tentativa de evitar que o usuário afirme usar uma quantidade muito inferior à que realmente utiliza:
 - *Você bebe todos os dias?*
 - *Quantas garrafas por dia?*

PODE-SE UTILIZAR QUESTIONÁRIOS ESTRUTURADOS COMO O CAGE :

- C** – Alguma vez você sentiu que deveria diminuir (*cut down*) a quantidade de bebida, ou parar de beber?
- A** – As pessoas o/a aborrecem (*annoyed*) porque criticam o seu modo de beber?
- G** – Você se sente culpado/a (*guilty*) chateado/a consigo mesmo/a pela maneira como costuma beber?
- E** – Você costuma beber pela manhã ao acordar (*eye opener*) para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

- O CAGE é considerado positivo, sugerindo alcoolismo, quando há duas respostas afirmativas. Sua especificidade é de 76%;



- CAGE positivo e gamaglutamil transferase aumentada = 82% de especificidade;
- Associação de macrocitose a estes dois fatores = 90% de especificidade.

Classificação quanto ao consumo do álcool:

- **Bebedor moderado:** aquele que utiliza bebida alcoólica sem dependência e sem problemas decorrentes do seu uso;
- **Bebedor problema:** aquele que apresenta na sua história qualquer problema de ordem física, psíquica e/ ou social em decorrência do consumo do álcool;
- **Dependente de álcool:** aquele que apresenta estado físico ou psíquico caracterizado por reações que incluem ingestão excessiva de álcool de modo contínuo ou periódico, para experimentar seus efeitos psíquicos e/ou evitar o desconforto de sua falta.

CONSUMO DE RISCO PARA DEPENDÊNCIA:

	Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco
<i>Homens</i>	3 unidades/dia	Até 8 unidades/dia	Acima de 8 unidades/dia
<i>Mulheres</i>	2 unidades/dia		

(unidade = 300ml de cerveja, 100 ml de vinho ou 35 ml de destilados)

DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico de dependência de álcool baseia-se, de acordo com o CID –10, na presença de três ou mais dos seguintes requisitos , em algum momento durante os últimos 12 meses:

- Forte desejo ou senso de compulsão para consumir bebidas alcoólicas;
- Dificuldades em controlar o comportamento de beber em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- Estado de abstinência fisiológico quando o uso de bebida alcoólica, ou de uma substância intimamente relacionada, cessou ou foi reduzido, ou o seu uso com a intenção de aliviar sintomas de abstinência;
- Evidência de tolerância, sendo necessárias doses crescentes de bebida para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de bebida alcoólica, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou consumir bebida ou para se recuperar de seus efeitos;



- Persistência no uso da bebida, a despeito de evidência clara para o usuário de consequências sabidamente nocivas, tais como: danos hepáticos, estado de humor depressivo ou comprometimento do funcionamento cognitivo.

OUTRAS DROGAS

O quadro seguinte relata os quadros de intoxicação e de abstinência desencadeados pelo uso das principais drogas utilizadas em nosso meio.

QUADRO IV. 6:

SUBSTÂNCIA	INTOXICAÇÃO	ABSTINÊNCIA		
	Alterações clínicas	Alterações Psiquiátricas	Alterações clínicas	Alterações Psiquiátricas
COCAÍNA CRACK	<p>Arritmias cardíacas, Calafrios, Crises convulsivas, <i>Delirium</i>, Frequência cardíaca ↑ ou ↓, Midríase, Pressão arterial ↑ ou ↓, Sudorese.</p> <p><i>Com o aumento da dose podem ocorrer:</i> paralisia da atividade motora, hipo ou arreflexia, estupor e coma, óbito. ⇒ início das manifestações, geralmente, minutos após a administração da droga e duração de até uma hora.</p>	<p>Agitação, agressividade, alterações na sociabilidade, Desinibição, Euforia, Hipervigilância, manifestações psicóticas Prejuízo do julgamento e do funcionamento ocupacional,</p>		<p>Agitação ou retardo psicomotor Avidez pela droga Distúrbios do sono Fadiga Humor disfórico Ideação e comportamento suicida Ideação paranóide Irritabilidade tende a se resolver em 1 ou 2 semanas</p>
CANNABIS (Maconha)	<p>Coordenação motora Hiperemia conjuntival Taquicardia Boca seca</p> <p>⇒ início das manifestações, imediato ou gradual, logo após o fumo e duração de 2 a 4 horas.</p>	<p>Ansiedade Aumento do apetite Capacidade de julgamento prejudicada Disforia Distorsões perceptivas Euforia Grandiosidade Retraimento social Risos</p>	<p>Náuseas e vômitos</p>	<p>Distúrbios do sono Irritabilidade</p>



SUBSTÂNCIA	INTOXICAÇÃO	ABSTINÊNCIA		
	Alterações clínicas	Alterações Psiquiátricas	Alterações clínicas	Alterações Psiquiátricas
INALANTES	Coma Confusão Fala arrastada Estupor Fraqueza muscular Hiperemia conjuntival Hiporreflexia Letargia Marcha vacilante Tremores Visão turva ⇒ início das manifestações 5 minutos após a inalação e duração de até 2 horas	Agressividade Comportamento impulsivo Desinibição Euforia Excitação Ilusões e alucinações visuais Risos Sensação de leveza	Cefaléia Náuseas e vômitos Tremores ⇒ Com a retirada abrupta: desorientação e convulsões	Ansiedade Irritabilidade Insônia ⇒ Com a retirada abrupta: delírios e alucinações
ALUCINÓGENOS	Coordenação motora ↓ Midríase Sudorese Taquicardia Tremores Visão borrada ⇒ início das manifestações 1 hora após a ingestão, e duração de 8 a 12 horas	Alucinações Ansiedade e pânico Delírios Depressão Despersonalização (sentimento de separação ou estranhamento de si mesmo) Desrealização (sentimento de que o mundo externo é estranho ou irreal) Fusão dos sentidos (os sons adquirem formas) Ideação paranóide Ilusões Julgamento comprometido Medo de enlouquecer	Convulsões Taquicardia Tremores	Agitação Alucinações Recorrência espontânea dos sintomas de intoxicação, sem o uso da droga (o teste de realidade permanece intacto) Delírios
ANTICOLINÉRGICOS	Boca seca Hipertermia severa Midríase Motilidade intestinal ↓ Retensão urinária Taquicardia ⇒ início das manifestações após ingestão de altas doses, com duração de até 3 dias	Agitação psicomotora Alucinações Confusão delírios		



SUBSTÂNCIA	INTOXICAÇÃO		ABSTINÊNCIA	
	Alterações clínicas	Alterações Psiquiátricas	Alterações clínicas	Alterações Psiquiátricas
ANFETAMINAS	Calafrios Cefaléia Convulsões <i>Delirium</i> Hipertensão arterial Midríase Náuseas e vômitos Sudorese Taquicardia Pode evoluir para óbito ⇒ início das manifestações após ingestão de altas doses, e duração de alguns dias	Agitação Agressividade Ansiedade Euforia Grandiosidade Hipervigilância		Agitação Ansiedade Cansaço extremo Depressão Disforia Distúrbios do sono Irritabilidade

B. CRITÉRIOS PARA TRATAMENTO DO ALCOOLISTA NA US:

- Alcoolistas considerados leves e moderados (vide quadro), com relação à síndrome de abstinência alcoólica (vide quadro abaixo). A desintoxicação somente será realizada na US depois que tiverem sido afastadas as situações que caracterizam urgência clínica e/ou psiquiátrica;
- Todos os alcoolistas, bem como os dependentes de outras drogas, inscritos no programa serão acompanhados na US após a estabilização do seu quadro, com foco na prevenção de recaída.

GRAVIDADE DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA:		
ESTADO	NÍVEL I - LEVE OU MODERADA	NÍVEL II - GRAVE
Físico	Leve agitação psicomotora, tremores finos de extremidades, sudorese facial discreta, relata episódios de cefaléia, náuseas sem vômitos, sensibilidade visual e sem alteração da sensibilidade tátil e auditiva.	Agitação psicomotora intensa, tremores generalizados, sudorese profusa, com cefaléia, náuseas com vômitos, hipersensibilidade visual, convulsões recentes ou descritas a partir da história pregressa, <i>Delirium tremens</i> ¹ .



GRAVIDADE DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA:

ESTADO	NÍVEL I - LEVE OU MODERADA	NÍVEL II - GRAVE
Psicológico	O contato com o profissional de saúde está preservado. Encontra-se orientado temporo-espacialmente, o juízo crítico da realidade está mantido, apresenta uma ansiedade leve, não relata qualquer episódio de violência auto ou hetero-dirigida.	O contato com o profissional de saúde está alterado, encontra-se desorientado no tempo e no espaço, o juízo crítico da realidade está comprometido, apresenta uma ansiedade intensa com episódio de violência auto ou hetero dirigida, apresenta-se delirante, com o pensamento descontínuo rápido e de conteúdo desagradável, observam-se alucinações táteis e/ou auditivas.
Social	Refere estar morando com familiares ou amigos, com os quais se relaciona regular ou adequadamente; atividade produtiva moderada mesmo que atualmente esteja desempregado, rede social ativa.	Refere estar morando só ou com familiares ou amigos, mas este relacionamento está ruim, tem estado desempregado ou impossibilitado de desenvolver atividade produtiva, a rede social é inexistente ou apenas se restringe ao ritual de uso da substância.
Comorbidades	Sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas detectadas ao exame geral.	Com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas detectadas ao exame geral.

¹**Delirium tremens** – psicose orgânica aguda que constitui emergência médica e se inicia, geralmente, após 24 a 72 horas de abstinência do álcool. Inicialmente se observam inquietude, agitação psicomotora e tremores. Na evolução ocorrem desorientação, obnubilação, alucinações visuais, taquicardia, hiper ou hipotensão arterial, sudorese profusa e hipo ou hipertermia.

C. DESINTOXICAÇÃO DO ALCOOLISTA NA UNIDADE DE SAÚDE

OBJETIVOS DO TRATAMENTO:

- Alívio dos sintomas;
- Prevenção do agravamento do quadro, de convulsões e de *delirium*;
- Vinculação e engajamento do paciente no tratamento da dependência propriamente dita;
- Prevenção de síndromes de abstinência mais graves no futuro.



DESINTOXICAÇÃO PROPRIAMENTE DITA:

- Consiste na suspensão do uso da bebida;
- O paciente deve vir à US, sem ingerir álcool, no início da semana para iniciar a desintoxicação, sendo **reavaliado diariamente nos 5 dias da desintoxicação**;
- No início do tratamento, deve ser feito um contrato com o paciente, através do formulário de parceria (anexo I), corresponsabilizando-o pelo enfrentamento da doença;
- É fundamental que haja apoio de um membro da família ou uma pessoa de confiança do indivíduo;
- Nas primeiras semanas, o desconforto experimentado pelo paciente pode ser intenso, assim como o desejo de voltar a consumir álcool;
- Durante essa etapa do tratamento, o paciente pode apresentar síndrome de abstinência, com gravidade variável;
- Sempre que houver lapsos ou recaídas³, todo o processo deverá ser reiniciado.

MEDIDAS GERAIS

- ***Quanto à atitude dos profissionais na abordagem dos pacientes e familiares, vale a pena ressaltar que é imprescindível:***
 - Acolher e escutar com interesse;
 - Procurar estar disponível para atender as solicitações no momento oportuno;
 - Respeitar o paciente, os familiares e suas opções;
 - Evitar atitudes preconceituosas, punitivas ou de repreensão;
 - Não confundir compreensão com conivência;
 - Falar de maneira clara e objetiva, certificando-se de que foi compreendido;
 - Tranquilizar o paciente e os familiares;
 - Resistir ao sentimento de frustração e impotência. Podem ocorrer recaídas por duas, três, ou mais vezes e é importante persistir e acreditar.

³ **lapso** é entendido como um “deslize”, onde o indivíduo entra em contato com a bebida sem caracterizar uma recaída total. Deve ser encarado como uma oportunidade de apreendizagem pois permite que sejam avaliados os fatores envolvidos na sua ocorrência para que sejam evitados, ou solucionados de forma mais saudável, futuramente.

Recaída é o retorno ao consumo de álcool nos mesmos padrões anteriores ao tratamento. Frequentemente na recaída o consumo é, na verdade maior que o anterior.



- Proteger o paciente de quedas e ferimentos acidentais;
- Controlar sinais vitais, bem como evolução dos escores da escala de avaliação de sintomas de abstinência - CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol revised).
- Solicitar os seguintes exames laboratoriais (caso ainda não tenham sido colhidos):
 - Hemograma;
 - Gamaglutamiltransferase (É um indicador mais específico e de maior sensibilidade de doença hepática em relação à dosagem de transaminases e fosfatase alcalina, sendo bastante útil no acompanhamento do indivíduo);
 - Colesterol total;
 - Triglicerídeos.

ESCALA CIWA-AR - AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA

PONTUAÇÃO	0	1	2	3	4	5	6	7
Náuseas e vômitos	Sem	Náusea discreta			Náusea intermitente e espasmo gástrico			Náusea constante espasmo gástrico vômito severo
Tremor (braços estendidos e dedos afastados)	Sem	Perceptível ao tocar os dedos			Moderado			Perceptível com braços não estendidos
Sudorese paroxística	Sem	Discreta umidade palmar			Sudorese óbvia na região da fronte			Abundante
Ansiedade	Sem	Leve			Moderada (ansioso ou defendido)			Estado equivalente a pânico agudo
Agitação	Atividade normal	Atividade u pouco maior			Agitação e inquietude moderadas			Move-se constantemente, ataques verbais ou violência
Distúrbios táteis*	Ausentes	Muito leves	Leves	Moderados	Alucinações pouco severas	Alucinações severas	Alucinações muito severas	Alucinações contínuas
Distúrbios auditivos**	Ausentes	Nítidos e assusta muito pouco	Nítidos e assusta um pouco	Nítidos e assusta moderadamente	Alucinações pouco severas	Alucinações severas	Alucinações muito severas	Alucinações contínuas



ESCALA CIWA-AR - AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA								
PONTUAÇÃO	0	1	2	3	4	5	6	7
Distúrbios visuais***	Ausentes	Sensibilida- demuito leve	Sensibilida- de Leve	Sensibilidade moderada	Alucinações pouco severas	Alucinações severas	Alucinações muito severas	Alucinações contínuas
Cefaléia (sen- sação de cabeça cheia)	Ausente	Muito leve	Leve	Moderada	Pouco severa	Severa	Muito severa	Extrema- mente severa
Orientação e embotamento do sensório ****	Orientado Faz adições seriadas	Não faz adições seriadas ou incerto so- bre a data	Desorientado para a data por não mais que dois dias	Desorientado para a data por mais que dois dias	Desorientado para lugar e/ou pessoa			

Total de pontos - máximo de 67

* **Distúrbios táteis** – sente prurido, formigamento, queimação, amortecimento, sensação de insetos andando sob ou sobre a pele.

** **Distúrbios auditivos** – está mais consciente dos sons ao seu redor; os sons são nítidos; deixam-lhe assustado; ouve algo que lhe incomoda; ouve coisas que sabe não estarem lá.

*** **Distúrbios visuais** – a luz parece ser mais brilhante; as cores parecem diferentes; a luz fere os olhos; vê algo que lhe incomoda; vê coisas que sabe não estarem lá.

**** **Orientação e embotamento do sensório** - sabe que dia é hoje; onde está e quem é.

53

HIDRATAÇÃO:

A reidratação oral permite uma boa eliminação da droga pela urina, com menor risco de desencadeamento de síndrome de abstinência, encefalopatia de Wernicke e hiperhidratação, em relação à hidratação parenteral:

- Recomendar o aumento da ingesta hídrica diária para 3.000 ml em média prescrevendo, inclusive, solução de reidratação oral.

MEDICAÇÃO:

Tiamina (Vitamina B1)

- Deve ser administrada a todos os pacientes no início do tratamento pois previne a encefalopatia de Wernicke e a Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
- Dose: 300 mg/dia, VO (1 drágea de 300 mg ao dia), por 30 dias. Caso o paciente apresente vômitos, pode-se usar tiamina injetável (100 mg, IM, 3 X ao dia).

Ácido fólico

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



Diazepam

- Utilizado para o controle dos sintomas de abstinência, prevenindo ou controlando o *delirium*;
- A dose de diazepam a ser administrada por via oral, nos 3 primeiros dias, deve ser baseada na quantificação da síndrome de abstinência, de acordo com a escala CIWA-Ar, conforme o quadro abaixo. Não havendo controle da sintomatologia, oferecer mais medicação até dose máxima diária de 70 mg. Solicitar o retorno periódico do paciente à US para reavaliação.
- **Dose de manutenção:** A partir do 4º dia, reduzir o diazepam, progressivamente, de forma que seja retirado completamente num prazo máximo de 3 semanas para evitar dependência. Recomenda-se reduzir 5 mg cada 3 dias.

DOSE DE BENZODIAZEPÍNICO CONFORME A AVALIAÇÃO CLÍNICA – ESCALA CIWA-Ar		
ESCALA CIWA-Ar	CONSIDERAÇÕES	DOSE DE DIAZEPAM (disponível em comprimidos de 5 e 10 mg)
< 10	Terapia suportiva não farmacológica e monitoração contínua	
10 e < 15	Há benefício sintomático com a medicação além da redução do risco de complicações maiores	1º dia – 5 mg 4 x ao dia
		2º e 3º dias – 5 mg 2 x ao dia
≥ 15	Há risco significativo de complicações maiores se não for tratado	1º dia – 10 mg de 4 x ao dia
		2º e 3º dias – 5 mg 2 x ao dia

Sintomáticos: Antieméticos, antiácidos, analgésicos e outros deverão ser prescritos de acordo com a sintomatologia apresentada.

Observação: Considerações sobre outros agentes

- *Carbamazepina* – embora seja eficaz para sintomas de abstinência leves, moderados e possa ser utilizada em situações especiais, como abstinência para benzodiazepínicos, agitação psicomotora e irritabilidade extrema (neste caso a continuidade da desintoxicação não deve ser realizada na US), é importante lembrar que a carbamazepina **não previne o *delirium***. A dose preconizada é de 200 mg, VO, 2 x ao dia (se necessário aumentar até um máximo de 1200 mg/dia).
- *β-bloqueadores* – podem ser associados ao benzodiazepínico para reduzir o quadro de abstinência. Como reduzem seletivamente estas manifestações, podem mascarar o desenvolvimento de sintomas significativos, interferindo nos escores da tabela CIWA-Ar e aumentar o risco do *delirium*. Não previnem convulsões.



- *Clonidina* – é útil na abstinência para opiáceos e na redução de sintomas leves e moderados de abstinência de alcoolismo. Estudos a respeito da prevenção de *delirium tremens* e de convulsões são inconclusivos;
- *Antipsicóticos (neurolépticos)* – tem alguma eficácia no controle dos sintomas, mas não devem ser usados como monoterapia pois não reduzem o risco de *delirium tremens* e aumentam o de convulsões. O **haloperidol** (5 mg, IM), pode ser administrado em indivíduos com agitação psicomotora importante e/ou na presença de alucinações (nestes casos a continuidade da desintoxicação não deve ser realizada na US). Clorpromazina e levomepromazina, estão contraindicados, por induzirem à sedação e perda de controle do caso;
- Magnésio – administração parenteral de rotina não é recomendada;
- Dissulfiram – este fármaco é um aversivo e, embora possa ser utilizado no tratamento do alcoolista em situações especiais, é indispensável que o paciente tenha conhecimento de que ele está sendo usado, bem como dos seus efeitos colaterais.

POPULAÇÕES ESPECIAIS:

- Não há evidência de que as recomendações devam mudar para adolescentes e idosos, exceto pela eventual necessidade de doses mais baixas para estes últimos;
- Para pacientes com história de convulsões, uma opção razoável é prescrever a medicação independente da severidade da síndrome de abstinência. Monitorar o paciente e fornecer tratamento guiado pela clínica é outra opção;
- Nas gestantes, os benzodiazepínicos devem ser administrados em doses mínimas necessárias para prevenção de complicações maiores da síndrome de abstinência, devido aos seus efeitos adversos sobre os fetos, embora estes sejam menos importantes que o risco da síndrome Alcoólica fetal;
- Nas crianças e adolescentes é mais prevalente o abuso de substâncias psicoativas, porém, ao contrário dos adultos, dificilmente apresentam sintomas físicos de dependência, como tolerância e sintomas de abstinência. Adolescentes que chegam aos centros de tratamento diferem dos adultos quanto ao tempo e intensidade do uso de substâncias, bem como dos tipos de prejuízos causados pelo consumo. Com menos tempo de uso, tanto os problemas físicos e psicológicos, quanto a deterioração das funções sociais são menores do que nos adultos. No entanto, sabe-se que 89% dos adolescentes que apresentam problemas devido ao uso de substâncias têm ao menos uma co-morbidade psiquiátrica associada, sendo os transtornos de humor e de conduta, os mais frequentes. O tratamento adequado da patologia primária melhora o prognóstico/sucesso do tratamento do uso/abuso da substância;



Objetiva-se também dar preferência ao tratamento extra-hospitalar e comunitário para que o jovem não sofra a exclusão familiar e social e o estigma que a internação proporciona;

O objetivo primário do tratamento é a criação de um vínculo de confiança com o jovem, que permita o início de uma intervenção terapêutica. Lembrar que o adolescente devido a características da fase em que se encontra, usa a droga para auto-afirmação e necessita de um tempo para substituí-la por alternativas saudáveis.

D. PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

O atendimento ao alcoolista não se resume à desintoxicação. Deve-se iniciar, precocemente, um processo de prevenção, sendo indispensável agendar revisões regulares para acompanhar a evolução do paciente, procurando reforçar suas decisões e oferecer apoio nas suas dificuldades. Esta disponibilidade da equipe é fundamental para o sucesso do tratamento.

O enfrentamento do alcoolismo envolve 3 fases distintas. É necessário conhecê-las e saber quais são as orientações importantes em cada uma delas, para o alcoolista e para sua família:

1. **Pré-sobriedade** – é importante lidar com a negação, ajudar o bebedor a atingir a abstinência e orientar a família a comprometer-se e a reverter os padrões de super e subresponsabilidade. Se o alcoolista não parar de beber e abandonar o tratamento, manter o trabalho com os familiares;
2. **Ajustamento à sobriedade** – estabilizar a família em torno da sobriedade antecipa ressentimentos, expectativas frustradas de sobriedade e mudança de papéis devido à sobriedade.
3. **Manutenção da sobriedade** – estimular maior flexibilidade de cada membro da família, com relação ao seu papel, e a expressão de sentimentos ou comportamentos que antes só eram possíveis através do beber.

A seguir, são fornecidas algumas orientações para auxiliar as equipes de saúde na abordagem do paciente e das situações do cotidiano que podem interferir no tratamento. O acompanhamento periódico do paciente pela US facilita a construção de uma abordagem motivacional para a prevenção de recaídas.



QUANTO À EQUIPE DE SAÚDE:

- Lembrar que a capacidade cognitiva do alcoolista está comprometida, com acentuado bloqueio do pensamento abstrato. É importante que todos – paciente e familiares – possam compreender as informações e que sejam oferecidas opções de atividades concretas que fixem a mensagem que se pretende passar;
- Mostrar ao paciente que não há convivência com a dependência, mas não tratá-lo de forma agressiva quando ocorrer um lapso ou recaída. Uma relação de respeito e confiança mútuas permite que o paciente não se envergonhe do seu comportamento, procurando auxílio tão logo perceba a recaída. Evita-se, assim, a cronificação, através da abordagem precoce e eficaz;
- O lapso deve ser encarado como uma oportunidade de aprendizagem, pois permite que sejam avaliados os fatores envolvidos na sua ocorrência para que sejam evitados, ou solucionados de maneira mais saudável, futuramente;
- Resistir ao sentimento de frustração e impotência. Podem ocorrer 2, 3 ou mais recaídas e é importante persistir e acreditar.

QUANTO AOS ALCOOLISTAS:

- Reconhecer pessoas significativas – família, US, comunidade – que podem aconselhar e apoiar nos momentos de incerteza e ameaça ao sucesso do tratamento, bem como permitir a detecção precoce de eventuais recaídas;
- O paciente, juntamente com sua família e com a equipe, deve escolher os recursos mais adequados para auxiliar na prevenção de lapsos e recaídas. Estes recursos incluem:
 - Grupos de auto-ajuda como o Alcoólicos Anônimos (AA);
 - Grupos de mútua ajuda na comunidade ou US;
 - Ambulatórios.
- Deixar claro que o alcoolismo não é uma falha de caráter, nem resultado exclusivo de problemas familiares, mas sim uma doença;
- Trabalhar os pensamentos mágicos e as atitudes de desafio: após um período de abstinência é comum que o alcoolista passe a questionar o risco e a capacidade de lidar com o problema do álcool. As recaídas são freqüentes nessa fase pois o paciente desafia seus limites, duvidando da existência da dependência;
- Dialogar sobre os efeitos do álcool em uma pessoa e em como isto pode afetar sua vida. Auxiliar na percepção dos danos que ele já enfrenta ou poderá enfrentar no âmbito físico, psíquico e social;
- Monitorar, diariamente, o consumo de álcool. Assim o paciente avalia seus resultados e reconhece o alcance dos objetivos propostos;



- O paciente deve ser auxiliado no sentido de não ver suas dificuldades como um problema único e complexo, mas como um conjunto de pequenas dificuldades, o que faz com que cada uma possa ser enfrentada. O paciente que tem metas possíveis e que consegue atingi-las, passo a passo, sente-se motivado a persistir;
- O consumo de álcool está associado a situações de vida que o indivíduo experimenta em seu dia a dia, e resulta da busca de prazer imediato, com o alívio de tensões e culpas. Por isto, é importante identificar e prevenir situações de risco:
 - Avaliar as situações que desencadearam lapsos, recaídas ou intoxicação alcoólica e suas conseqüências, construindo estratégias para reconhecê-las e evitá-las;
 - Modificar, gradativamente, hábitos que favorecem o consumo de álcool como, por exemplo, encontrar amigos em locais de venda e consumo de bebidas alcoólicas;
 - Persistir no tratamento mesmo que outros alcoolistas na família não queiram se tratar ou sofram recaídas. Essas pessoas podem se sensibilizar a procurar o tratamento também.

E. ORIENTAÇÃO A FAMILIARES

Um dos mais importantes aspectos a ser considerado na abordagem da família e do paciente é que ambos vêm à US motivados por pressões e expectativas diferentes. Estas podem ser desde a procura de uma solução mágica para a aflição momentânea causada por complicações físicas, emocionais, sociais ou jurídicas, até o desejo de receber auxílio, orientação e/ou tratamento.

O alcoolismo envolve tão intensamente a família quanto o paciente. Conviver com alguém que tenha esta doença pode ser devastador e a maioria dos familiares necessita de ajuda para suportar esta situação.

Na dinâmica de funcionamento familiar ocorre a inversão de papéis. O cônjuge ou um dos filhos assume papéis próprios do alcoolista como, por exemplo, a manutenção financeira da casa ou a administração das tarefas diárias.

É comum que se experimente sentimentos como a negação da dependência - "ele pára quando quer" - e com o agravamento da situação surge a raiva, a vergonha e, conseqüentemente, a rejeição e o isolamento da vida familiar, chegando à segregação pelo internamento. Experimenta-se, então, a culpa e a compaixão - "não deixa faltar nada em casa, quando não bebe é bom" - e a tendência é interromper o tratamento. Ocorrendo recaída ou lapso, surge novamente a raiva, depois a culpa e a pena, e os comportamentos se repetem.



Avaliar, e ajudar a família a compreender, como o alcoolismo pode ter sido uma resposta a transições ou estresses específicos do ciclo de vida.

Com informações e orientações adequadas sobre a natureza do alcoolismo, seus efeitos e passos concretos a serem dados por cada membro da família, esta aprende a se relacionar de maneira mais saudável com o alcoolista, evitando a rigidez, a alienação e o isolamento. Todos precisam buscar vivenciar suas emoções que foram “apagadas”. A família resgata, assim, a confiança nela, no familiar e nas outras pessoas.

O alcoolismo tem um efeito intergeracional e afeta todo o sistema familiar. Os filhos que crescem em lares alcoolistas tem necessidades especiais, mesmo quando adultos.

O objetivo principal é proporcionar espaços onde todos sejam estimulados a falar, sentir e confiar novamente. Ao conseguirem fazer estas coisas, seus relacionamentos futuros, bem como os atuais, serão profunda e positivamente afetados, independentemente do alcoolista continuar ou não a beber.

PARA AJUDAR FAMILIARES:

- **Não esperar** que o problema se agrave para tomar alguma providência;
- **Privilegiar o diálogo:** as pessoas devem estar interessadas em compartilhar as dificuldades e anseios de seu familiar, trocando experiências, e principalmente, sabendo ouvir;
- **Usar de franqueza:** é fundamental que a família possa se posicionar com franqueza e segurança diante da pessoa com problema, exigindo dela o mesmo. Se algo está preocupando-o, porque não discutir diretamente com o interessado?
- **Participar da vida de seu familiar:** acompanhá-lo em passeios, esportes e outras atividades, com sincero interesse;
- **Mostrar ao alcoolista que não há convivência com a dependência:** tratá-lo com indiferença quando consome álcool e com atenção quando evita o contato com a bebida;
- **Evitar a ociosidade:** estar alerta para o abandono do trabalho. É importante estimular constantemente o indivíduo para que ele tenha ocupações, responsabilidades e envolva-se com estudo, esporte, cultura e trabalho;
- **Estimular a autoconfiança:** valorizar os progressos para que ele sinta-se capaz de trilhar novos caminhos;
- **Possibilitar que a pessoa realize conquistas com seu próprio esforço:** nada deve se constituir num presente fácil mas proporcional ao empenho;
- **Desmistificar a internação:** não fazer dela um “bicho de sete cabeças” ou a única opção de tratamento e muito menos um castigo. Quando houver indicação, a internação deve ser encarada de modo realista e positivo;



- **Substituir a expectativa de cura pela perspectiva de amadurecimento e fortalecimento da personalidade.** É através deste processo que o alcoolista chegará ao ponto de abandonar sua dependência;
- **Conseguir dizer “não”:** dar limites quando necessário, não deixando de demonstrar interesse pelo bem estar do seu familiar;
- Responder com sinceridade: **A família está precisando ser tratada também?**
- **Participar de grupos de mútua ajuda.**

F. EVENTO AGUDO

DETERMINAÇÃO DE URGÊNCIA

URGÊNCIAS CLÍNICAS

- Abdomen agudo (ou suspeita de);
- Cetoacidose;
- Convulsões;
- *Delirium tremens*;
- Encefalopatia de Wernicke;
- Hemorragia digestiva;
- Infecções concomitantes – meningite, pneumonia e outras;
- Intoxicação alcoólica aguda grave (coma alcoólico);
- Intoxicação por outras drogas;
- Traumatismo crânio-encefálico com sinais de comprometimento neurológico, e outros.

NO CASO DE CONVULSÕES, DEVE SE PROCEDER DA SEGUINTE FORMA:

Quadro isolado – Tratar a crise e observar o paciente; não necessita medicação de manutenção.

Convulsões repetidas, sem histórico de epilepsia – Tratar cada episódio com Diazepam EV e considerar tratamento profilático.

Convulsões com sintomas focais – Tratar como o anterior e investigar a causa pois não se relaciona à Síndrome de Abstinência.

Na presença de situações clínicas associadas que representem risco de vida o paciente deverá ser imediatamente encaminhado para os serviços de pronto atendimento clínico, após atenção prévia às medidas de suporte.



URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS:

- Alucinação alcoólica aguda;
- Violência;
- Risco de suicídio.

Observando-se estas alterações, o paciente deverá ser encaminhado imediatamente para os serviços de pronto atendimento de saúde mental.

G. ENCAMINHAMENTOS

- Todos os alcoolistas, bem como seus familiares, devem ser orientados a procurar grupos de apoio;
- No caso de comorbidades o usuário deve ser encaminhado para atendimento especializado;
- Urgências clínicas serão encaminhadas para uma US 24 horas, ou pronto-socorro.

H. INTERLIGAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

- Nos encaminhamentos para serviços de saúde, a unidade deverá fornecer as informações sobre o paciente, seu quadro clínico e condutas tomadas;
- Em todos os encaminhamentos as equipes envolvidas deverão trocar informações quanto à evolução do paciente.
- Assistência social;
- Atendimento intensivo a pacientes em condições agudas;
- Nos casos de crianças e adolescentes, atendimento psicopedagógico e fonoaudiológico;



4.2. *DEPRESSÃO*

- Os transtornos do humor caracterizam-se por rebaixamento ou elevação do humor, que também pode ser irritável. Eles interferem intensa e negativamente na qualidade de vida dos indivíduos;
- O transtorno depressivo maior se caracteriza por um ou mais episódios depressivos maiores;
- A distímia é um transtorno com sintomas menos intensos, porém com duração de pelo menos 2 anos;
- Quando ocorrem episódios de elevação do humor, ou mania (período com aumento da atividade, gastos excessivos, aumento da libido, euforia ou irritabilidade) em geral associados a outros de humor depressivo temos os transtornos bipolares;
- O risco de um adulto apresentar transtorno depressivo maior é de 10 a 25% em mulheres e 5 a 12% em homens, durante a vida (American Psychiatric Association, 1994);
- Cerca de 15% dos indivíduos com transtorno depressivo maior morrem por suicídio;
- 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio terão um segundo episódio na vida, sendo 04 a média ao longo da vida;
- A duração de um episódio é de 6 meses ou mais;
- 12% dos pacientes têm um curso crônico sem remissão dos sintomas;
- A depressão é a quarta causa específica de incapacitação;
- Nos serviços de cuidados primários e outros serviços médicos gerais 30 a 50% dos casos não são diagnosticados.



A. ATIVIDADES PROGRAMADAS

AVALIAÇÃO CLÍNICA

- Os dados acima evidenciam a importância do diagnóstico e tratamento adequado desta patologia;
- É fundamental afastar causas orgânicas para o quadro depressivo (vide: quadro Condições Médicas quadro IV. 4 que se apresentam com sintomas psiquiátricos/mentais), e também comorbidades;
- Lembrar de observar crenças culturais e religiosas que podem interferir no diagnóstico e prognóstico;
- Na anamnese e no exame físico e mental, incluir a observação dos sintomas a seguir (OMS – 1993):

SINTOMAS FUNDAMENTAIS

- Humor deprimido (sentimentos profundos de tristeza);
- Perda de interesse por atividades antes consideradas prazerosas;
- Fatigabilidade.

SINTOMAS ACESSÓRIOS

- Concentração e atenção reduzidas;
- Autoestima e autoconfiança reduzidas;
- Idéias de culpa, inutilidade e desamparo;
- Visões desoladas e pessimistas do futuro;
- Idéias ou atos auto-agressivos ou suicidas;
- Sono perturbado (insônia ou hipersonia);
- Appetite diminuído ou aumentado.

CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO NO IDOSO

- Ansiedade, agitação e irritabilidade são mais frequentes;
- Sentimentos de culpa e auto depreciação são bastante comuns;
- Verbaliza desejo de morrer;
- Há diminuição da concentração e da memória, o que dificulta o diagnóstico diferencial com demência;
- A depressão “mascarada” com queixas de fadiga ou somáticas é freqüente;
- Observa-se lentificação psicomotora;
- Há menor adesão ao tratamento, pois o paciente e os familiares tendem a achar que o quadro é normal para a idade.



CO-MORBIDADES

- Abuso de substâncias;
- Demências;
- Luto;
- Deficit de atenção e hiperatividade;
- Outras doenças clínicas.

SUGESTÕES DE PERGUNTAS (ANDERSON E COLS.):

- Durante o último mês você se sentiu para baixo, deprimido ou sem esperança?
- Durante o último mês você sentiu pouco interesse ou prazer para fazer as coisas do seu cotidiano?

CLASSIFICAÇÃO QUANTO À GRAVIDADE DOS EPISÓDIOS DEPRESSIVOS

Episódio Leve: dois sintomas fundamentais + dois acessórios;

Episódio Moderado: dois sintomas fundamentais + três a quatro acessórios;

Episódio Grave: três sintomas fundamentais + cinco acessórios ou mais.

65

B. CRITÉRIOS PARA TRATAMENTO NA US

O tratamento na US se restringe ao tratamento farmacológico de casos com episódios leves e moderados, que contem com apoio familiar e social. Não deverão ser tratados na US pacientes com risco de suicídio, depressão grave e transtorno bipolar.

Caso não haja resposta satisfatória ao tratamento na US em até 6 semanas também está indicado o encaminhamento ao serviço especializado.

C. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NA US:

Algumas considerações importantes:

- Os antidepressivos são efetivos no tratamento agudo das depressões moderadas e graves, porém, não diferentes de placebos nas depressões leves;
- Os antidepressivos são efetivos no tratamento agudo da distímia. Portanto, uma vez diagnosticada a condição, ela deve ser tratada;
- As psicoterapias são mais efetivas para depressões leves e moderadas, e deverão ser indicadas nestes casos;



- Todos os antidepressivos são eficazes, variando conforme o perfil de efeitos colaterais e potencial de interação com outros medicamentos. Por exemplo, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) têm menos efeitos colaterais que os tricíclicos. Informações sobre estes medicamentos estão nos quadros abaixo;
- O início da resposta ao tratamento com antidepressivo ocorre entre 2 a 4 semanas após o início do uso. É importante orientar o usuário a este respeito, e também quanto ao surgimento de efeitos colaterais.

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE OS PSICOFÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DO HUMOR DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA CURITIBANA

CATEGORIA	DROGA	APRESENTAÇÃO	DOSE DIÁRIA
Antidepressivos tricíclicos	Cloridrato de Amitriptilina	25 mg cápsula	50-300 mg
	Cloridrato de Clomipramina	25 mg cápsula	50-300 mg
		75 mg cápsula	
	Cloridrato de Imipramina	10 mg cápsula	100-300 mg
		25 mg cápsula	
	Pamoato de Imipramina	75 mg cápsula	100-300 mg
Estabilizadores do humor	Carbamazepina	200 mg compr.	400-1600 mg
	Carbonato de Lítio ¹	300 mg compr.	900-2100 mg

¹ A dosagem laboratorial da lítemia é indispensável, devido ao risco de intoxicação.

No tratamento da fase aguda o nível sérico de lítio deve ser de 0,9 a 1,2 mEq/l, e na manutenção de 0,6 a 0,9 mEq/l

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE OS ANTIDEPRESSIVOS NÃO DISPONÍVEIS NA FARMÁCIA CURITIBANA¹

	DROGA	APRESENTAÇÃO	DOSE DIÁRIA
ISRS ²	Cloridrato de Fluoxetina	20 mg compr 20 mg/5 ml – líquido (Prozac®) 20 mg/1 ml – gotas (Daforin®)	20-80 mg
	Cloridrato de Sertralina	25 mg compr 50 mg compr 100 mg compr	50-200 mg
IRSN ³	Cloridrato de Venlafaxina	75 mg compr 75 mg compr de liber. prolongada 150 mg compr	75-375 mg

¹Para outras informações consultar o Memento terapêutico do Programa de Saúde Mental

²Inibidor seletivo de recaptação de serotonina

³Inibidor de recaptação de serotonina e noradrenalina



O tratamento da depressão inclui 3 fases:

- Fase aguda: tem como objetivo reduzir os sintomas depressivos (resposta) ou, idealmente, retorno ao nível de funcionamento pré-morbido (remissão). Corresponde aos 2 a 3 meses iniciais;
 - Fase de continuação: tem como objetivo manter a melhoria obtida e evitar a reagudização do episódio. Corresponde aos 4 a 6 meses que se seguem ao tratamento da fase aguda;
 - Fase de manutenção: tem como objetivo evitar a recorrência, sendo importante em usuários que já tenham apresentado recorrências anteriores. Deve ser mantida a longo prazo.
-
- Deve-se iniciar o tratamento, com os antidepressivos tricíclicos disponíveis, com 25 mg/dia, e ir aumentando 25 mg cada 2 ou 3 dias até atingir a dose terapêutica;
 - A dose no tratamento agudo está descrita no quadro acima, e deve ser a mesma nas fases de continuação e de manutenção;
 - A retirada deve ser lenta (redução de cerca de 25 mg ao mês, no caso dos antidepressivos tricíclicos), e iniciada pelo menos 6 meses após o restabelecimento;
 - No tratamento da distímia as doses são as mesmas.

D. EVENTO AGUDO:

Na avaliação inicial ou ao longo do tratamento podem ser observadas situações de emergência como:

- Risco de suicídio;
- Agitação psicomotora;
- Ansiedade intensa;
- Pânico;
- Depressão grave (casos em que o paciente não sai do leito, não se cuida, não se alimenta);
- Efeitos colaterais graves da medicação: agranulocitose, arritmias cardíacas, convulsões, hepatite, hipertensão, intoxicações.



INTOXICAÇÃO			
	FASE INICIAL	EVOLUÇÃO	EVOLUÇÃO GRAVE
Antidepressivos tricíclicos	Agitação e excitação Alucinações Hipersensibilidade a sons	Ataxia Confusão Contraturas musculares Convulsões Delirium Disartria Íleo paralítico Midríase Nistagmo Sonolência Torpor	Coma não reativo Depressão respiratória Hiporreflexia Hipotensão Hipotermia Hipóxia
Carbonato de lítio	Ataxia Disartria Tremor grosseiro	Arritmias cardíacas Boca seca Convulsões Delirium Diarréia profusa Dor abdominal Fasciculações musculares Hiperreflexia Letargia (ou excitação) Náuseas e vômitos Nistagmo Oligúria	Anúria Coma Óbito

Nos casos de risco de suicídio e/ou agitação psicomotora seguir as orientações contidas no item "SITUAÇÕES ESPECÍFICAS" (pág. 34). Uma vez identificada alguma destas condições, encaminhar para o PA.

E. ENCAMINHAMENTOS

- Em todos os casos, está indicado o encaminhamento para abordagens em grupo na Unidade de Saúde e comunidade;
- Atividades de reabilitação e ressocialização quando necessário;
- Os casos graves e os que não responderem ao tratamento na Unidade de Saúde em até 6 semanas, devem ser encaminhados para atendimento psiquiátrico no ambulatório especializado;
- Os casos de transtorno bipolar, transtorno de ansiedade grave e aqueles em que sejam identificadas comorbidades deverão ser encaminhados para serviço especializado;
- Em casos de intoxicações, encaminhar para internação em hospital geral (UTI).



4.3. PSICOSES

- Vários transtornos mentais, como a depressão grave e o transtorno bipolar, além da demência e do *delirium tremens* podem cursar com psicose. A **esquizofrenia** é o mais grave dos transtornos psicóticos;
- Os transtornos psicóticos caracterizam-se pela presença de alucinações e/ou delírios;
- Alucinações são alterações da sensopercepção nas quais o paciente apresenta percepções falsas (na ausência de um estímulo real), que podem ocorrer nas diferentes modalidades sensoriais, ou seja, auditiva, gustativa, olfativa, visual e tátil;
- Os delírios são alterações do conteúdo do pensamento, geralmente envolvendo interpretação incorreta de fatos reais;
- Também ocorrem alterações do curso do pensamento, o que habitualmente se reflete em discurso desorganizado;
- O paciente com psicose pode apresentar comportamento desorganizado, eventualmente com agitação importante ou catatonia, e alterações do afeto, que pode estar embotado (menos intenso do que o esperado) ou incongruente com o estímulo.

69

A. CRITÉRIOS PARA ACOMPANHAMENTO NA US:

- Paciente crônico e estável, que não preenche critérios para internação hospitalar;
- Aceita e toma medicação;
- Com suporte familiar ou social.



B. ATIVIDADES PROGRAMADAS:

AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL:

- Todos os pacientes com quadro psicótico, mesmo com história anterior de psicose devem ser submetidos a uma avaliação clínica geral, afastando-se causas orgânicas (vide: quadro Condições Médicas quadro IV. 4 que se apresentam com sintomas psiquiátricos/mentais - pág. 27) e identificando comorbidades clínicas;
- O diagnóstico de transtornos psicóticos deve ser firmado pelo especialista, mesmo porque o indivíduo com quadro agudo em geral está agitado, incoerente e incapaz de informar sua história adequadamente.

TRATAMENTO NA US:

- Tratar as condições clínicas associadas;
- Acompanhar o paciente conforme plano terapêutico elaborado pelo especialista;
- Lembrar que existe uma alta probabilidade de reagudização. Conseqüentemente, não se deve tentar suspender a medicação se o paciente teve mais que um surto. Porém são importantes “descansos” da medicação antipsicótica, devido ao risco de discinesia tardia.

C. EVENTO AGUDO:

- Seguir o protocolo geral do caso de agitação ou risco de suicídio;
- Há necessidade de diferenciar quadros orgânicos cerebrais e outras doenças (quadro IV. 4), como intoxicações medicamentosas que podem cursar com sintomas de psicose;
- Os principais efeitos colaterais dos antipsicóticos, que podem caracterizar evento agudo, estão descritos no quadro a seguir, juntamente com o seu manejo. Nestes casos não esquecer de explicar ao paciente e seus familiares o que está ocorrendo.



EFEITOS COLATERAIS DOS ANTIPSICÓTICOS E SEU TRATAMENTO				
	PARKINSONISMO	DISTONIA	ACATISIA	SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA
Quadro Clínico	Alterações de marcha (marcha à petit pas) Bradicinesia Facies em máscara Rigidez tipo roda-denteada Salivação excessiva Tremor de repouso	Desenvolvimento súbito de contrações breves ou prolongadas dos músculos agonistas e antagonistas, produzindo posturas anormais da cabeça, pescoço, tronco ou membros	Desejo subjetivo de estar em constante movimento Dificuldade em permanecer parado: caminha, mexe os pés, cruza e descruza os braços, etc Sensação interna de inquietação pode ser confundida como piora da agitação ou ansiedade	<i>Delirium</i> Febre Hipertensão arterial Rigidez muscular Sudorese Fatal em cerca de 20% dos casos
Fatores/ período de risco		Primeira semana de tratamento Aumento da dosagem do antipsicótico	3 primeiros meses de tratamento Com antipsicóticos de alta potência (ex. haloperidol)	Antipsicóticos de alta potência, especialmente na forma <i>depot</i> Aumento rápido da dose Desidratação Desnutrição Outras intercorrências clínicas
Manejo da Crise	Substituir o antipsicótico em uso, ou reduzir a dose pela metade Biperideno 2 mg, 1 ampola via intramuscular visando alívio rápido (antes de uma hora) da sintomatologia;		Substituir o antipsicótico em uso, ou reduzir a dose pela metade Propranolol 40 mg 2 a 3 vezes ao dia	Emergência clínica – transferir para UTI! (Suspender o uso de antipsicóticos)
Manutenção	Biperideno 2 mg, 1 comp. via oral 2 a 3 vezes ao dia, por 14 a 21 dias;		Encaminhar para o ambulatório.	

D. ENCAMINHAMENTOS:

- PA - no evento agudo;
- Ambulatório - (através da CMCE) - para avaliação especializada e elaboração de plano terapêutico;
- Recursos comunitários, como grupos de auto-ajuda e entidades com trabalhos voltados para reinserção social;
- Reabilitação e ressocialização - identificar na sua área de abrangência recursos comunitários e utilizá-los para promover reabilitação e ressocialização;
- Tratamento e internação em hospital clínico ou outros serviços especializados, no caso de doenças orgânicas.



INTERLIGAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

- Integrar equipes da US, de saúde mental do DS, do serviço especializado e de outros serviços (ação social);
- Sempre que necessário realizar contato com as equipes especializadas;
- Solicitar apoio da equipe de saúde mental do DS quando necessário;

EQUIPES DE SAÚDE MENTAL DOS DS DEVEM MEDIAR SITUAÇÕES QUE NECESSITEM DE:

- Avaliação conjunta com serviços especializados;
- Interlocução com outros setores.



4.4. *TRANSTORNOS MENTAIS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA*

Vários transtornos mentais ocorrem nesta faixa etária e necessitam tratamento adequado.

73

A. CRITÉRIOS PARA ACOMPANHAMENTO NA US

Alguns quadros leves, que respondam bem ao tratamento inicial podem ser acompanhados na US. Nos casos em que este ponto de atenção não for considerado o mais adequado haverá referência no texto. Quando acontecer um impasse sobre o manejo do problema deverá ser feito o encaminhamento para o serviço especializado.

B. ATIVIDADES PROGRAMADAS

AVALIAÇÃO CLÍNICA

PEDIÁTRICA:

A história e o exame clínico da criança devem ser realizados focalizando o desenvolvimento, avaliando a adaptação nas áreas relativas ao que é esperado para a idade e a fase do desenvolvimento.



Observar:

- Constituição familiar e história;
- Histórico da gestação, nascimento e amamentação;
- Aspectos que possam ter ocasionado atraso de desenvolvimento;
- Dificuldades no desempenho escolar;
- Dificuldades no relacionamento;
- Dificuldades no sono;
- Dificuldades alimentares;
- Alterações de humor (irritabilidade, medo, insegurança, tristeza excessiva);
- Alterações do comportamento habitual (isolamento, hiperatividade, agressividade, timidez);
- Atraso no desenvolvimento psicomotor;
- Dificuldades familiares;
- História familiar de transtorno mental;
- Dificuldades de controle de esfíncteres.

Frente à presença de alguns dos sintomas descritos acima, investigar:

- Início/duração;
- Frequência;
- Intensidade;
- Circunstâncias em que ocorrem;
- Manejo familiar do problema;
- O que ameniza e exacerba os sintomas;
- Tratamentos anteriores;
- Intercorrências orgânicas:
- Doenças crônicas;
- Doenças próprias da infância;
- Desnutrição;
- Verminoses;
- Problemas de saúde bucal.

Sempre verificar fatores de risco para a saúde mental:

- Deficiência física, sensorial e mental;
- Dificuldades e evasão escolar;
- Situações de abandono;
- Situações de repressão excessiva e de violência psicológica;
- Maus tratos (violência física ou abuso sexual);
- Perda, rompimento ou ausência de vínculos familiares próximos;
- Adoção;
- Miséria e violência social.



Do ADOLESCENTE

Além do descrito na avaliação pediátrica:

- Na anamnese, considerar especialmente os relacionamentos familiares, escolares, com o grupo de pares, afetivos e comunitários;
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento, assim como a maturação sexual segundo a escala de Tanner;
- Verificar a necessidade de métodos contraceptivos e de proteção contra DST/Aids;
- Investigar sinais e sintomas de transtornos mentais, especialmente a depressão, distúrbios de conduta, uso e abuso de substâncias, psicoses (usar os critérios dos demais protocolos).

O início da sintomatologia pode auxiliar na suspeita diagnóstica, como demonstra o quadro abaixo. O quadro seguinte relaciona os sintomas e o contexto familiar ao diagnóstico. Vale lembrar que estes devem ser considerados apenas como orientação:

RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO E A FORMA DE INÍCIO DO QUADRO			
INÍCIO DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	AGUDO	CRÔNICO ¹	INSIDIOSO ²
	Abuso de substância Ansiedade Crise familiar Depressão Estresse pós-traumático Mania Psicose	Ambiente familiar caótico Ansiedade Déficit de atenção e hiperatividade Depressão Distúrbios de aprendizagem Distúrbio de conduta Distúrbio esquizotípico (borderline)	Esquizofrenia

¹Crônico + de 6 meses de duração

²Insidioso: instalação gradativa e persistente por mais de 6 meses

RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO E O CONTEXTO FAMILIAR		
DIAGNÓSTICO	SINTOMAS	HISTÓRIA/CONTEXTO FAMILIAR
Ansiedade	Ataques de raiva Cefaléia Dificuldade para falar Dificuldade para separar-se dos pais Dispnéia Distúrbios do sono Hiperatividade Irritabilidade Medo Tensão Vômitos e outras queixas somáticas	História de ansiedade e depressão



RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO E O CONTEXTO FAMILIAR		
DIAGNÓSTICO	SINTOMAS	HISTÓRIA/CONTEXTO FAMILIAR
Déficit de Atenção e Hiperatividade	Dificuldades de aprendizado Dificuldade para focalizar a atenção Dificuldade para completar tarefas Dificuldade para selecionar estímulos Impulsividade Não consegue esperar Pensamento e fala rápidos	História de ansiedade e depressão
Depressão (transtornos do humor)	Anorexia (com perda de peso ou ganho de peso inferior ao esperado ou ausente) ou aumento do apetite Auto-estima baixa Baixo rendimento escolar Choro freqüente Dificuldades de concentração Humor deprimido ou irritabilidade Insônia ou hipersônia Pensamentos, gestos e atos suicidas	Desagregação Separações História de depressão
Esquizofrenia	Alucinações Delírios Comportamento bizarro Pensamento desorganizado	História de esquizofrenia
Mania (Transtorno bipolar)	Delírios e alucinações podem, ou não, estar presentes Euforia Hiperatividade Insônia Irritabilidade Pensamento acelerado – fala rápido	História de distúrbio bipolar
Negligência	Atraso no desenvolvimento psicomotor Condutas agressivas e inadequadas Desnutrição Precariedade nos hábitos alimentares e de higiene Retraimento excessivo	Perfil dos pais: Abuso de substâncias Depressão, psicose ou outro transtorno mental incapacitante Incapazes de oferecer alimentação, abrigo, supervisão e educação Jovens
Transtorno de Conduta	Atuação sexual Comportamento incendiário Fugas de casa com freqüência Mentiras e gazetas Pensamentos, gestos ou atos suicidas Perversidade (crueldade) Uso regular do tabaco álcool ou drogas	Alcoolismo Desagregação familiar Necessidades básicas como afeto e educação freqüentemente não preenchidas Padrão não consistente de disciplina Transtorno de personalidade dos pais



RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO E O CONTEXTO FAMILIAR		
DIAGNÓSTICO	SINTOMAS	HISTÓRIA/CONTEXTO FAMILIAR
Violência contra a criança e o adolescente (ver também negligência)	Psicológica: Ansiedade Culpa Depressão	Abuso de substâncias Estressados por dívidas, desemprego, doenças Expectativas irrealistas sobre os filhos História de terem sofrido violência
	Física: Ansiedade Culpa Depressão Ferimentos e cicatrizes suspeitos: Fraturas múltiplas Hematomas em vários estágios de evolução e/ou simétricos, principalmente em coxas, região glútea e dorso Queimaduras com cigarro ou por imersão em água fervente, tipo luvas ou meias (sem respingos!)	
	Sexual: Ambivalência Ansiedade Comportamento sádico ou agressivo Comportamento sexual precoce com seus companheiros Culpa Depressão No exame físico: Alteração da prega anal Irritação genital e urinária Gonorréia e/ou outras DST	

CONDUTAS GERAIS

- Oferecer orientação sobre o desenvolvimento normal da criança e do adolescente;
- Tratar as intercorrências clínicas presentes;
- Orientar os familiares ou responsáveis quanto às condutas indicadas em relação aos sintomas presentes;
- Observar a evolução, semanalmente, por cerca de 4 semanas levando em consideração a gravidade do sintoma;
- Não havendo resposta, encaminhar para avaliação especializada;
- Casos graves, complexos ou que causam muita ansiedade àqueles próximos à criança (família, escola, pediatra, serviço social, justiça juvenil, etc.) devem ser encaminhados diretamente ao ambulatório;



- No caso do adolescente também deve-se considerar:
 - Promoção da saúde a partir do desenvolvimento de um projeto de vida e de comportamentos de auto cuidado;
 - Prevenção de gravidez precoce, DST/Aids e uso e abuso de substâncias psicoativas;

CONDUTAS ESPECÍFICAS

DIFICULDADES ESCOLARES:

As dificuldades de aprendizado não são incomuns. Por refletirem dificuldades maturacionais de desenvolvimento, elas irão influenciar profundamente as habilidades da criança, no âmbito da assimilação de suas experiências e sentimentos. Assim, o tratamento tem vital importância na prevenção de dificuldades futuras. Deve-se considerar a seguinte sequência:

- Acompanhamento da criança junto à escola;
- Solicitar avaliação da acuidade visual e auditiva;
- Nas solicitações de avaliação psicoeducacional nos Centros de Atendimento Especializado da Secretaria Municipal da Educação, pela escola municipal, promover a troca de informações entre os serviços de saúde e de educação para um diagnóstico interdisciplinar;
- Em caso de alunos com dificuldades escolares, que não frequentem a rede municipal de ensino, encaminhar para um dos ambulatórios especializados de saúde mental;
- Quando houver suspeita de depressão, ansiedade, déficit de atenção/hiperatividade, problemas neurológicos, abuso físico, emocional e/ou sexual encaminhar para avaliação em ambulatório especializado;

DISTÚRBIOS DE CONDUTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Tendo em vista se tratar de um distúrbio frequente e difícil de tratar, é necessário o envolvimento de todas as instâncias que a criança frequenta (educação, saúde, família e outras). O tratamento é importante como prevenção de abuso e dependência química.

Condutas:

- Encaminhamento para atendimento em ambulatório especializado;
- Acompanhamento da criança junto à escola;



- Orientação aos pais em conjunto com ambulatório especializado, visando adesão ao tratamento;
- Inserção em atividades extra-escolares disponíveis na comunidade;
- Enfatizar a importância do estabelecimento do vínculo da US com estas crianças e suas famílias;

É COMUM ESTAS CRIANÇAS NÃO SEREM ACEITAS NA US, NA ESCOLA E NOS AMBIENTES SOCIAIS EM GERAL, EM FUNÇÃO DO SEU COMPORTAMENTO. AO CONTRÁRIO DISTO, DEVE HAVER UMA COOPERAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS SETORES E PROFISSIONAIS A FIM DE FACILITAR A SUA INTEGRAÇÃO.

DEPRESSÃO

É diagnosticada com duas semanas de duração de humor deprimido ou irritável.

- Os critérios diagnósticos são os mesmos usados para os adultos, mas a criança apresenta com mais frequência;
 - humor irritável;
 - sintomas de ansiedade (fobias e ansiedade de separação);
 - dificuldade no dormir e no acordar;
 - falta de interesse generalizada incluindo dificuldades nos cuidados pessoais e de higiene;
 - queixas somáticas;
 - alucinações;
- O episódio dura cerca de 7 a 9 meses.
- Há recorrência em 20 a 60% dos casos em 1 a 2 anos após e em 70% dos casos após 5 anos.
- Pode aparecer episódio de mania (transtorno bipolar) em 20 a 40% dos casos após 5 anos.
- O distúrbio de conduta é uma complicação freqüente, nestes casos secundário ao transtorno depressivo, geralmente salvaguardando a criança de entrar em contato com sua depressão e desespero.
- O **tratamento é imprescindível** pois irá melhorar a qualidade de vida e prevenir o risco de suicídio, bem como a dependência química durante a adolescência.

Condutas:

- Encaminhar para atendimento em ambulatório especializado;
- Acompanhar a criança junto à escola;



- Investigar, e tratar condições clínicas, que podem estar causando a depressão. Nessa faixa etária considerar, principalmente:
 - Abuso de substâncias;
 - Aids;
 - Anemia;
 - Diabetes mellitus;
 - Doenças neurológicas;
 - Hipoglicemia;
 - Hipotireoidismo;
 - Lupus eritematoso sistêmico, e outras doenças crônicas;
 - Reação a medicações;
- Informar sobre a doença e seus sintomas;
- Orientar sobre as formas mais adequadas de tratar a criança;
- Estabelecer níveis de exigências compatíveis com seu nível de desenvolvimento;
- Não usar punição para não acentuar a irritabilidade e sentimentos de menos-valia que irão acentuar o seu desespero;
- Respeitar e estimular a expressão dos seus sentimentos;
- Valorizar os aspectos positivos da criança.

DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS

CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS DEVEM SER ENCAMINHADOS A U.S. CENTRO VIDA.

C. EVENTO AGUDO

SUICÍDIO

O comportamento suicida é uma das principais causas de emergência psiquiátrica em adolescentes e em menores de 12 anos, embora não seja tão freqüente o êxito neste último grupo. O quadro da página seguinte mostra os principais indicadores de risco de suicídio.



RISCO DE SUICÍDIO:		
HISTÓRIA DA FAMÍLIA	FATORES DE RISCO	FATORES PRECIPITANTES
Abuso físico e/ou sexual Discórdia Negligência Perda interpessoal Presença de suicídio Presença de doença mental em um ou ambos os pais	Acesso a armas Comportamento agressivo Sexo masculino Tentativas anteriores Transtorno depressivo grave Uso de álcool e/ou outras drogas Nas meninas <ul style="list-style-type: none"> • Fugas de casa • Gravidez 	Conflito interpessoal Fracasso ou abandono escolar Isolamento social Problemas legais

CONDUTAS:

- Avaliação do paciente e de sua família;
- Investigar uso de substâncias psicoativas;
- Obter informações acerca da situação e intencionalidade suicida;
- Orientar quanto aos cuidados com a criança;
- Fazer o contrato do não suicídio (VIDE ANEXO).

NA PRESENÇA DE INDICADORES DE IDEACÃO E INTENÇÃO SUICIDAS, ENCAMINHAR PARA O PRONTO ATENDIMENTO COM URGÊNCIA.

AGITAÇÃO E DISTÚRBIOS DE CONDUTA

Podem estar presentes em diversos quadros psiquiátricos, associando-se com frequência ao retardo mental.

CONDUTAS:

- Investigar o contexto em que ocorreu o episódio;
- Tomar medidas de prevenção de perigo;
- Garantir proteção física para criança ou adolescente, familiares e equipe;
- Acalmar a família, solicitando sua ajuda no manejo da situação;
- Pais provocativos devem ser separados da criança;
- Usar preferencialmente a contenção verbal;
- A contenção física para crianças abaixo de 12 anos, deverá ser feita segurando-a com ajuda de uma ou mais pessoas. Para crianças com mais de 12 anos utilizar faixas de contenção, se necessário.



QUADROS PSICÓTICOS

OS QUADROS PSICÓTICOS SÃO RAROS NA FAIXA ETÁRIA DE 0 A 12 ANOS, DEVENDO SER ENCAMINHADOS PARA UMA AVALIAÇÃO CLÍNICA (ESPECIALMENTE NEUROLÓGICA) MINUCIOSA. O ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO PSIQUIÁTRICO E A PARCERIA E INTEGRAÇÃO ENTRE TODOS OS PROFISSIONAIS SÃO DE SUMA IMPORTÂNCIA!

VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

- Investigar sinais e sintomas sugestivos de negligência e de abuso físico ou sexual;
- Avaliar o perfil dos pais;
- Sempre preencher a ficha de notificação obrigatória e entrar em contato com o SOS criança e/ou o conselho tutelar;
- Nos casos de negligência e de abuso deve-se iniciar a educação da família sobre os cuidados com a criança no momento do atendimento;
- Encaminhar para atendimento médico especializado das lesões encontradas.

NEGLIGÊNCIA E VIOLÊNCIA CONSTITUEM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS E PSIQUIÁTRICAS.



V. *DEMAIS PONTOS DE ATENÇÃO*

5.1. DOMICÍLIO

Para considerarmos a residência do usuário um ponto de atenção adequado é fundamental que a família seja ativa e participativa, ajudando-o a sentir-se responsável pelo tratamento. Os encaminhamentos serão os mesmos que os da US, exceto quando referido no texto.

A. CRITÉRIOS PARA TRATAMENTO NO DOMICÍLIO

- Pessoa com suporte familiar (no caso de crianças e adolescentes que eventualmente tenham indicação para tratamento domiciliar, é indispensável que a dinâmica familiar de pais e/ou responsáveis seja estruturada, com poder decisório e sem quebra de vínculos hierárquicos e afetivos);
- Com comorbidade de deficiência física, que a impeça de ir à US;
- Quadro crônico e estável;
- Ausência de indicação para internamento hospitalar;
- Condições de moradia, sanitárias e nutricionais favoráveis;
- US com estrutura e equipe capacitada para fazer atendimento domiciliar.

B. ATENDIMENTO PROGRAMADO

A EQUIPE DEVE:

- acompanhar o usuário regularmente;
- realizar consultas através de visitas;
- verificar a medicação em uso;
- responsabilizar e orientar a família;
- observar condições de higiene;
- encaminhar para atendimento pelo especialista a cada 4 meses, pelo menos.



ORIENTAÇÕES DE AUTOCUIDADO:

- Tome a medicação como indicada pelo médico. Se tiver efeitos colaterais aparentes contate seu médico antes de parar a medicação.
- Os efeitos colaterais da medicação geralmente podem ser tolerados e tendem a desaparecer dentro de alguns dias ou semanas.
- Mantenha uma dieta saudável, evitando bebidas alcoólicas ou outro tipo de drogas.
- Se você estiver tomando medicação psicotrópica avise seu médico antes de iniciar qualquer outra medicação, chás ou produtos alternativos, pois juntos podem fazer interação negativa.
- Pratique exercícios pelo menos 3 a 4 vezes por semana, mesmo que seja caminhar por 15 minutos.
- Procure dormir pelo menos 7 a 8 horas por noite mantendo uma rotina regular de sono. Hábitos irregulares ou inadequados de sono podem tornar a pessoa deprimida.
- Procure ter pensamentos positivos a respeito de sua vida e desenvolva a atitude de que você irá melhorar.
- Converse com os profissionais de saúde sobre como aprender modos positivos de resolver problemas.
- Participe de grupos de apoio e familiares, conviva com outras pessoas.
- Se você tiver pensamentos suicidas contate seu médico imediatamente.
- Faça um esforço diário para manter sua aparência e cuidados pessoais.
- Identifique atividades que ajudem você a se sentir melhor e procure participar destas atividades mesmo sem vontade.
- Para que você possa se ajudar e assumir o controle de sua vida aprenda mais sobre sua doença com a equipe da US ou a partir de outras fontes confiáveis.
- Cuide de si mesmo – você é muito importante!

C. A FAMÍLIA

As recomendações para a família são as mesmas descritas na US.



D. EVENTO AGUDO NO DOMICÍLIO:

Algumas doenças mentais provocam surtos com delírios, alucinações, agitações ou alterações da fala e idéias de suicídio. É importante entender que, neste momento, os familiares ficam muito assustados. Deve-se orientá-los a buscar ajuda, pois haverá necessidade de atendimento urgente. Muitas orientações poderão ser encontradas na cartilha para usuários e familiares do Programa de Saúde Mental.

E. VISITAS DOMICILIARES:

Os pacientes acompanhados em outros pontos de atenção poderão necessitar visitas domiciliares em determinadas circunstâncias, que serão descritas a seguir:

VISITAS DOMICILIARES:	
SITUAÇÕES A OBSERVAR	PROCEDIMENTOS
Inscrição no Programa	Visita domiciliar por ACS ¹ que deverá relatar à US o que foi verificado.
Reagudização, recaídas e situações de emergências	Caso a visita tenha sido realizada pelo ACS ¹ , informar à equipe da US, para que sejam tomadas as providências necessárias: orientação, consulta médica, encaminhamento para PA ou ambulatório
Seguimento da prescrição e efeitos colaterais da medicação	
Dificuldades com o tratamento especializado	
Abandono do tratamento por estar se sentindo melhor	Recomendar retorno imediato à US
Falta de apoio familiar	Orientações domiciliares e recomendar o retorno imediato à US
Falta de suporte social e comunitário	Informar a US para articulações da rede socio-comunitária, se necessário
Autocuidado deficiente	Orientações domiciliares e orientar o retorno imediato à US

¹ACS: Agente Comunitário de Saúde

F. INTERLIGAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO:

Além do contato da família com a US, esta última deverá proceder como descrito anteriormente.



5.2. PRONTO ATENDIMENTO

A. CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO

- Pacientes em situação de urgência/emergência.

ATENDIMENTO PROGRAMADO

- Fazer avaliação e atendimento psiquiátrico para o paciente em situação de urgência/emergência;
- Triagem para internação hospitalar;
- Triagem para os serviços especializados através dos critérios estabelecidos para as instâncias de encaminhamento;
- Dar consultoria ao clínico geral no manejo dos casos atendidos na US, quando solicitado;
- Além do exame clínico completo é necessário exame neurológico. Deve-se sempre estar atento a sinais e sintomas de alterações clínicas agudas e/ou crônicas para indicação de internação clínica;
- Considerar a decisão do paciente e da família para indicar o internamento.

É IMPORTANTE CONSIDERAR QUE A PROCURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR FALTA DE SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR É FREQUENTE, MAS QUE ESTA SITUAÇÃO DEVE SER RESOLVIDA, PRINCIPALMENTE, POR ENTIDADES COM FINS SOCIAIS. NESTES CASOS, ALÉM DOS RECURSOS DA SAÚDE, É NECESSÁRIO CONTAR COM:

1. Abrigos que acolham e apoiem a pessoa em tratamento extra-hospitalar;
2. Parceria com ação social a fim de resgatar, quando possível, a família na sua função de proteção;
3. Envolvimento do Conselho Tutelar no apoio à participação da família ou responsável no tratamento nos casos de crianças e adolescentes, conforme Artigo 101 do ECA.



B. FAMÍLIA

Orientar os familiares, ou responsáveis, quanto:

- Ao quadro observado;
- Ao tratamento indicado e
- À importância da participação da família.

C. INTERLIGAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

- Comunicar a US sobre o encaminhamento e orientação dada ao paciente e à família, com relato do atendimento e orientações escritas sobre o tratamento a seguir;
- Encaminhar o usuário ao serviço indicado, com informações sobre o quadro observado e outras pertinentes.



5.3. AMBULATÓRIO

A. AMBULATÓRIO PROPRIAMENTE DITO

Deve-se dar preferência ao tratamento ambulatorial, evitando-se assim o estigma da internação psiquiátrica e estimulando a autonomia do cidadão.

CRITÉRIOS

- Pacientes voluntários ao tratamento;
- Interesse e envolvimento do familiar ou responsável;
- Ausência de indicação para atendimento hospitalar;
- Casos graves e/ou com comorbidades;
- Continuidade de tratamento hospitalar (integral, HD) ou em CAPS;
- Casos leves ou moderados que não responderam ao tratamento na US;
- Casos leves que necessitem somente de psicoterapia;
- Pacientes crônicos e estáveis, para avaliação e controle periódicos.

ATENDIMENTO PROGRAMADO

- Avaliação interdisciplinar especializada de todos os casos encaminhados;
- Plano de tratamento individualizado e reavaliado periodicamente;
- Psicoterapia individual e/ou de grupo realizada por psicólogo ou psiquiatra; (Nos casos de depressão as evidências mais efetivas para tratamento são psicoterapia cognitiva - Scott, 1995, Gloaguen, 1998-, a inter-pessoal - Weissmann e Markowitz, 1994- e a de solução de problemas -Mynor-Wallis, 1995- Para terapia do grupo familiar a terapia sistêmica é a melhor evidência - A.A.C.A.P. 1999);
- Tratamento farmacológico, quando indicado;
- No início do tratamento as consultas especializadas deverão ser semanais, até a estabilização do quadro;
- Na continuidade e manutenção do tratamento a frequência das consultas depende da condição do paciente e outros fatores;



- Quando houver agudização do quadro o atendimento deverá ser mais freqüente, caracterizando o ambulatório intensivo ou CAPS;
- Atendimento da família, individual ou em grupo;
- Assistência social;
- Atendimento intensivo a pacientes em condições agudas;
- Nos casos de crianças e adolescentes, atendimento psicopedagógico e fonoaudiológico;
- Participação em oficinas terapêuticas, sempre que indicado;
- A duração **mínima** prevista para os diferentes atendimentos é de:
 - Consulta psiquiátrica: 20 minutos,
 - Consulta psicológica: 30 minutos,
 - Terapia de grupo: 90 minutos.

FAMÍLIA

- Orientar a família quanto à doença, o tratamento e sua participação em grupos de ajuda;
- Corresponsabilizar a família no cuidado;
- Verificar a necessidade de outros membros da família realizarem tratamento e encaminhar à US;
- Realizar a terapia do grupo familiar.

EVENTO AGUDO

Antecipar a consulta e procurar controlar no ambulatório com revisão de medicação, aumento da frequência das consultas médicas e das sessões de psicoterapia.

Se necessário encaminhar para avaliação no PA, com informações escritas sobre a evolução, o indivíduo no serviço e quadro apresentado no momento.

ENCAMINHAMENTOS PELO AMBULATÓRIO

SITUAÇÕES IDENTIFICADAS	ENCAMINHAMENTOS
Necessidade de reabilitação e ressocialização	CAPS ou oficina terapêutica
Preencher os critérios de internação	Hospital integral ou HD
Apresentar outras patologias clínicas	US



ENCAMINHAMENTOS

INTERLIGAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

- Comunicar a US quando houver:
 - problemas de adesão ao tratamento;
 - necessidade de encaminhar para outro serviço especializado ou para atendimento clínico e odontológico;
 - outras intercorrências que necessitem apoio da US;
 - necessidade de visitas domiciliares;
 - inserção e alta do paciente em oficina terapêutica;
- Regularmente discutir casos específicos com a equipe da US e do DS;
- Caso o usuário seja encaminhado para outro serviço especializado, fornecer as informações necessárias sobre quadro clínico, condutas, evolução, etc.

B. OFICINA TERAPÊUTICA

A oficina terapêutica é um recurso complementar ao ambulatório e tem o intuito de resgatar individualidades, descobrir potencialidades, desenvolver habilidades específicas e prover suporte de tratamento como atividade grupal que proporcione a socialização do cidadão e facilite o vínculo afetivo com profissionais e outros participantes da oficina.

CRITÉRIOS

- Pacientes capazes de exercerem autocuidado;
- Acompanhados pela US e que seguem tratamento ambulatorial;
- Necessitam recuperação laborativa e inserção no mercado de trabalho;
- No caso de crianças e adolescentes:
 - Transtornos mentais graves (transtornos de conduta e *borderline*, depressão grave, psicoses e outros), para as quais o tratamento ambulatorial não apresente resultados satisfatórios;
 - Necessidade de um apoio mais intenso e contínuo direcionado ao desenvolvimento do relacionamento social.



ATENDIMENTO PROGRAMADO

- Atividades de socialização, expressão e inserção social, que podem incluir: carpintaria, costura, teatro, artesanato, artes plásticas e outros;
- Os grupos devem ter duração mínima de duas horas, com a participação de, no mínimo 05 e no máximo 15 pacientes;
- O profissional responsável deve ter nível médio e/ou superior;
- Devem ser desenvolvidas atividades como:
 - Oficinas de alfabetização;
 - Oficinas de reabilitação;
 - Oficinas profissionalizantes;
 - Oficinas que promovam a inserção no mercado formal e informal de trabalho;
 - Passeios na comunidade;
- No caso de crianças e adolescentes:
 - Oficinas terapêutico-pedagógicas, em que o atendimento é realizado no contra-turno escolar;
 - Atendimento por equipe multidisciplinar: psicólogo, psiquiatra, pedagogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional;
 - Treinamento em atividades de vida diária;
 - Atividades de teatro, artes, esporte, jardinagem, música;
 - Atividades de educação em saúde, como higiene, nutrição, saúde mental, prevenção ao abuso de drogas e educação sexual.

Obs.: Devem ser de fácil acesso ao paciente.

FAMÍLIA

As oficinas terapêutico-pedagógicas, para crianças e adolescentes devem prever também:

- Grupo de pais;
- Participação dos pais junto às atividades desenvolvidas;
- Orientação individual e em grupo da família:
 - Quanto ao diagnóstico e tratamento;
 - Condutas mais adequadas frente ao comportamento da criança;
 - Encaminhamento para tratamento dos demais membros da família quando necessário;
 - Importância da participação dos pais no tratamento;
 - Importância do acompanhamento da criança pelos pais na escola.



5.4. CAPS

O CAPS - Centro de atenção psicossocial - é um recurso de continuidade de tratamento em que o grau de comprometimento requer monitoramento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Deve ser indicado para a fase de reabilitação visando a reinserção social do cidadão. Auxilia na recomposição da estrutura interna e social da pessoa como instância dentro do contínuo de tratamento.

CRITÉRIOS

- Pacientes com transtornos crônicos e incapacitantes, que necessitam de reabilitação psicossocial;
- Pacientes que necessitem desenvolver o auto-cuidado.

ATENDIMENTO PROGRAMADO

Atividades de reabilitação e ressocialização:

- Programa de alfabetização (próprios ou em parceria);
- Atividades de desenvolvimento das funções cognitivas;
- Atividades de reabilitação, que recuperem funções de auto-cuidado, comunicação, rotinas de vida diária, auto-estima e autoconhecimento;
- Oficinas profissionalizantes, com atividades que habilitem o usuário a participar do mercado de trabalho formal ou informal;
- Atividades laborativas permanentes na comunidade, que recuperem o valor social do paciente oferecendo oportunidade de recompensa ou pagamento adequado e conseqüente aproveitamento sadio e lógico da capacidade de trabalho;
- Atendimentos de emergência em situação de crise.

Assistência Especializada:

- Elaboração de plano terapêutico individual e reavaliação periódica;
- Tratamento farmacológico;
- Psicoterapia individual realizada por psicólogo ou psiquiatra;
- Psicoterapia de grupo realizada por psicólogo ou psiquiatra;
- Atendimento da família, individual ou em grupo;
- Assistência social;
- Atendimento intensivo a pacientes em condições agudas;
- 5 leitos para internação em CAPS III.



FAMÍLIA

- Manter a família envolvida no tratamento através de:
 - Reuniões de famílias;
 - Atividades sociais da clínica;
 - Atividades internas da clínica;
 - Atividades voluntárias pró-tratamento.
- Informar a família a respeito:
 - Do transtorno;
 - Das necessidades do familiar;
 - Das formas de lidar com a situação em casa.

ENCAMINHAMENTOS

ENCAMINHAMENTOS PELO CAPS	
SITUAÇÕES IDENTIFICADAS	ENCAMINHAMENTOS
Condições de alta	Ambulatório/oficina terapêutica
Preencher os critérios de internação	Hospital integral (via PA) ou HD
Apresentar outras patologias clínicas que não possam ser tratadas no CAPS	US ou hospital clínico

93

INTERLIGAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

- Comunicar a US quando houver:
 - Problemas de adesão ao tratamento;
 - Necessidade de encaminhar para outro serviço especializado ou clínico;
 - Outras intercorrências que necessitem apoio da US;
 - Necessidade de visitas domiciliares;
 - Regularmente discutir casos específicos com a equipe da US e do DS;
 - Caso o usuário seja encaminhado para outro serviço especializado, fornecer as informações necessárias sobre quadro clínico, condutas, evolução, etc.



5.5. HOSPITAL-DIA

CRITÉRIOS

- Pacientes em transição depois da alta do hospital integral;
- Casos agudos, com suporte familiar;
- Risco de suicídio, com suporte familiar;
- Casos graves que necessitam de monitorização intensa/constante de tratamento;
- Autocuidado muito prejudicado;
- Comorbidades com dependências químicas;
- Casos que não preenchem os critérios de internação integral.

ATENDIMENTO PROGRAMADO

- Elaboração de plano terapêutico individual;
- Tratamento farmacológico;
- Psicoterapia individual realizada por psicólogo ou psiquiatra;
- Psicoterapia de grupo realizada por psicólogo ou psiquiatra;
- Atendimento à família, individual ou em grupo;
- Assistência social;
- Atividades de reabilitação psicossocial.

FAMÍLIA

- Manter a família envolvida no tratamento através de:
 - Reuniões de famílias;
 - Atividades sociais da clínica;
 - Atividades internas da clínica;
 - Atividades voluntárias pró-tratamento.
- Informar a família a respeito:
 - Do transtorno;
 - Das necessidades do familiar;
 - Das formas de lidar com a situação em casa.



ENCAMINHAMENTOS

INTERLIGAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

ENCAMINHAMENTOS PELO HOSPITAL – DIA	
SITUAÇÕES IDENTIFICADAS	ENCAMINHAMENTOS
Condições de alta	Ambulatório/oficina terapêutica ou CAPS
Preencher os critérios de internação	Hospital integral (via PA)
Apresentar outras patologias clínicas que não possam ser tratadas no Hospital	US ou hospital clínico

- Comunicar a US quando houver:
 - Problemas de adesão ao tratamento;
 - Necessidade de encaminhar para outro serviço especializado ou clínico;
 - Outras intercorrências que necessitem apoio da US;
 - Necessidade de visitas domiciliares;
- Regularmente discutir casos específicos com a equipe da US e do DS;
- Caso o usuário seja encaminhado para outro serviço especializado, fornecer as informações necessárias sobre quadro clínico, condutas, evolução, etc.



5.6. HOSPITAL INTEGRAL

CRITÉRIOS

- Comportamento de auto/hetero agressão e o risco de suicídio (considera-se risco de suicídio a presença do seguinte conjunto: ideação ou intenção suicida, plano para se matar, tentativas anteriores, perdas recentes e história familiar de suicídio);
- Risco de desenvolver ou estar em síndrome de abstinência grave;
- Quadro psicótico agudo com comportamento de risco, de suicídio, homicídio ou comportamento perigoso (liberação da auto/hetero-agressividade) de início agudo;
- Insucesso do tratamento ambulatorial, segundo a avaliação da equipe terapêutica;
- Quadro grave com ausência de suporte familiar;
- Não resposta ao tratamento no hospital dia;

Obs.: Nos casos de dependência química, se não preencher os critérios, observar a vontade do cidadão. É importante uma avaliação cuidadosa do padrão de consumo de drogas, que fornecerá o nível de envolvimento com estas e a gravidade do quadro clínico.

ATENDIMENTO PROGRAMADO

- Internar com previsão de alta, considerando outros recursos, como HD, CAPS, ambulatório e oficina terapêutica que estejam indicados para a continuidade do tratamento;
- Os prazos médio de internamento, previstos, são os seguintes:
 - Dependências químicas: 21, 15 ou 3 dias;
 - Outros transtornos mentais: 21 dias ou até 7 dias em CAPS III;
- Instituir plano terapêutico individual com reavaliações periódicas;
- Farmacoterapia;
- Psicoterapias individuais e de grupo;
- Terapia ocupacional;
- Suporte familiar e social através de grupos com familiares ;
- Preparar a alta e assegurar a continuidade do tratamento extra-hospitalar após a alta;
- Verificação de prescrição;



- Cuidados de enfermagem;
- Interligação com grupos de auto-ajuda (depressivos anônimos);
- Programar a continuidade do tratamento e co-responsabilizar a família;
- Assistência social;
- Atividades de reabilitação psicossocial.

FAMÍLIA

- Manter a família envolvida no tratamento através de:
 - Reuniões de famílias;
 - Atividades sociais da clínica;
 - Atividades internas da clínica;
 - Atividades voluntárias pró-tratamento;
- Informar a família a respeito:
 - Do transtorno;
 - Das necessidades do familiar;
 - De formas de lidar com a situação após a alta.

ENCAMINHAMENTOS

ENCAMINHAMENTOS PELO HOSPITAL INTEGRAL	
SITUAÇÕES IDENTIFICADAS	ENCAMINHAMENTOS
Condições de alta	Ambulatório e/ou oficina terapêutica, Hospital Dia ou CAPS
Apresentar transtorno mental que não é tratado naquela unidade ¹	Outro hospital integral
Apresentar outras patologias clínicas que não possam ser tratadas no Hospital	US 24 horas (para procedimentos ambulatoriais) ou Hospital Clínico

INTERLIGAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

- Orientar médicos do tratamento extra-hospitalar quanto aos procedimentos em geral, relativos ao paciente e à família (atendimento contínuo e integrado);
- Caso o usuário seja encaminhado para outro serviço especializado, fornecer as informações necessárias sobre quadro clínico, condutas, evolução, etc.;
- Realizar consultoria psiquiátrica nos casos de comorbidades psiquiátricas no hospital geral;
- Informar a unidade de saúde de origem do paciente a respeito da previsão de alta, quando do internamento.



5.7. RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

Pacientes que perderam a estrutura social e familiar e necessitam de acompanhamento especializado e uma moradia temporária.

CRITÉRIOS

- Pacientes crônicos estáveis;
- Pacientes sem possibilidade de autonomia sócio-financeira;
- Ausência total de suporte familiar e moradia;
- Pacientes submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado, com grave dependência institucional.

ATENDIMENTO PROGRAMADO

- Atividades que visem a construção progressiva da autonomia do paciente na sua vida cotidiana, ampliando a inserção social;
- Oferecer ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de:
 - implementação da autonomia para as atividades domésticas e pessoais;
 - programas de alfabetização;
 - reinserção no trabalho;
 - mobilização de recursos comunitários;
 - estímulo à formação e utilização de associações de usuários, familiares e voluntários.

ENCAMINHAMENTOS E INTERLIGAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

Os usuários destes serviços deverão ser acompanhados pela US que procederá como descrito anteriormente (em "US" e "Domicílio").



5.8. HOSPITAL CLÍNICO

Espera-se que, em breve possamos dispor de enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais, estimulando o trabalho multidisciplinar e o atendimento integral de todos os pacientes. Mesmo enquanto não dispomos desta modalidade de atendimento, o hospital clínico é um ponto de atenção importante para o tratamento de situações como as descritas a seguir:

CRITÉRIOS

Pacientes com:

- Psicoses orgânicas;
- Transtornos alimentares;
- Transtornos mentais com intercorrências clínicas;
- Depressão grave, no caso de tentativa de suicídio ou debilitações físicas;
- Necessidade de desintoxicações químicas e síndromes de abstinência.

ENCAMINHAMENTOS

- Referendar para a unidade de saúde, no momento da alta, os pacientes que apresentarem intercorrências de saúde mental;
- Se necessário encaminhar para avaliação no pronto atendimento em saúde mental.

INTERLIGAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

- No caso de pacientes com intercorrências de saúde mental, informar a US, ou o PA, sobre o quadro apresentado e o tratamento realizado;
- **Sempre notificar** a alta de pacientes com **tentativas de suicídio**.



VI. DIREITOS DO USUÁRIO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

DE ACORDO COM A LEI 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001

TODO USUÁRIO DEVE TER GARANTIDOS OS SEUS DIREITOS, QUE INCLUEM:

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

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

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



ANEXOS

ANEXO I

FORMULÁRIO DE PARCERIA COM O ALCOOLISTA E O BEBEDOR PROBLEMA

Nome: _____

Ficha familiar ou prontuário nº.: _____

Questão: Devo e quero fazer o tratamento proposto pela US?

Informações relevantes sobre a saúde (história pregressa, idade de início do consumo, frequência/quantidade, interferência no trabalho, na família, nos relacionamentos sociais do paciente).

Recomendações: A ingestão repetitiva e descontrolada de bebida alcoólica quase sempre traz sérios prejuízos orgânicos, psicológicos e sociais. O tratamento pode diminuir e até evitar complicações como: gastrite, cirrose, depressão, ansiedade, etc., bem como dificuldades no relacionamento familiar e profissional.



- Procure alimentar-se adequadamente, pois a fome aumenta a vontade de beber;
- Pratique exercícios físicos (futebol, ginástica, natação, ioga), atividades de lazer (jardinagem, pescaria, pintura, música, culinária, dança), e procure contato com a natureza e animais, pois podem ajudá-lo a descobrir novas fontes de prazer;
- Evite o isolamento social, cultive amizades, procure grupos na sua comunidade que possam ajudar você e sua família a enfrentar o alcoolismo;
- Durante o tratamento se você sentir vontade de beber ou se voltar a fazê-lo, procure a unidade de saúde.

VOCÊ GANHARÁ:	VOCÊ PRECISARÁ:
Estilo de vida mais saudável Estados emocionais positivos Melhores possibilidades para o trabalho e para as relações familiares	Desintoxicar-se Evitar companhia e local que incentivem o uso Mudar estilo de vida

Sua proposta de tratamento é:

Curitiba ____/____/____

Assinatura do Paciente

Equipe de Saúde



ANEXO 3

FICHA DE CONTENÇÃO

Nome: _____

Ficha familiar ou prontuário nº.: _____

Médico Responsável: _____

Horário	FC	PA	FR	Obs.:



NOTAS

¹ No modelo bio-psico-socio-espiritual a inclusão do espiritual não se dá sob uma perspectiva religiosa, mas trata do reconhecimento destas quatro dimensões da pessoa, e está de acordo com o modelo integrado da Saúde Mental Comunitária (Elias, J., Curso de Especialização em Saúde Mental Comunitária, PUC, 1995);

² Sempre preencher ficha de notificação e entrar em contato com o SOS criança;

³ Lapso – é entendido como um “deslize”, onde o indivíduo entra em contato com a bebida sem caracterizar uma recaída total. Deve ser encarado como uma oportunidade de aprendizagem, pois permite que sejam avaliados os fatores envolvidos na sua ocorrência para que sejam evitados, ou solucionados de forma mais saudável, futuramente;

Recaída – é o retorno ao consumo de álcool nos mesmos padrões anteriores ao tratamento. Frequentemente na recaída o consumo é, na verdade maior que o anterior;

⁴ Estes estresses estão relacionados às fases do ciclo de vida, ou seja: casal jovem com filhos pequenos, com filhos adolescentes, “síndrome do ninho vazio”, etc;

⁵ Sempre preencher ficha de notificação e entrar em contato com o SOS criança.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4 ed. Washington DC : American Psychiatric Association, 1994.

DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIULIANI, E. R. J. et Al. Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996

FLECK, M. P. A.; Diretrizes para o tratamento da Depressão (Versão Integral), Rio de Janeiro : Associação Brasileira de Psiquiatria, 2001

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry, 8 ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, 1997.

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

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

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

OPAS/OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental : Manual do Programa de saúde Mental em Curitiba – Mais Atenção Para Quem Precisa, Curitiba : Prefeitura Municipal de Curitiba, 1999.

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS : Salvador, Casa da Qualidade/Instituto de Saúde Coletiva da UFBa, 2001.

Prefeitura Municipal de Curitiba, oficinas ministradas pelo consultor Willians Valentini em 2001.



ANEXO 2

CONTRATO DE NÃO SUICÍDIO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CONTRATO DE COMPROMISSO

Eu, _____

Prometo não tentar me machucar ou me matar e comprometo-me a avisar imediatamente meus pais ou outro adulto responsável se eu pensar em me matar novamente.

Assinatura



ORGANIZADORAS:

Cristiane Honório Venetikides	Coordenação de Saúde Mental - SMS
Danuza Menezes Maceno	Coordenação de Saúde Mental - SMS
Eleuza Alves de Oliveira	Coordenação de Saúde Mental - SMS
Luzia Viviane Fabre	Coordenação de Saúde Mental - SMS
Nadia Veronica Halboth	Distrito Sanitário Boa Vista - SMS
Mariangela G. Simão	Diretora do Centro de Informação em Saúde

COLABORADORES:

Andreia C. Litwinski Ribeiro	Distrito Sanitário (DS) Matriz - SMS
Aparecida Conceição de Andrade	DS Pinheirinho - SMS
Audrey Rosanna C. Wrublevsky	Conselho Regional de Psicologia
Carmen Lúcia Seibt	DS Boa Vista - SMS
Cassia Menezes Medeiros Silva	DS Boqueirão - SMS
Célia Mazza de Souza	Conselho Regional de Psicologia
Claudio Rotenberg	Psicoterapeuta infantil, de adolescentes e famílias
Cleuza Peres Carvalho	Conselho Regional de Psicologia
Cristiane Honório Venetikides	Coordenação de Saúde Mental - SMS
Cristina Andrade da Silva	Auditoria Ambulatorial
Daisy Maria Jopper	Conselho Regional de Psicologia
Dalton V. Paiva Abussafi	DS Boa Vista - SMS
Danuza Menezes Maceno	Coordenação de Saúde Mental - SMS
Denise M. Schlichta Ruiz Moreti	DS Cajuru - SMS
Edite Klettenberg Rocha	DS Boqueirão - SMS
Edna Sueli Nishino	Centro Psiquiátrico Metropolitano - SESA
Eleuza Alves de Oliveira	Coordenação de Saúde Mental - SMS
Flávia Vernizi Adachi	DS Bairro Novo - SMS
Isa Hermann	DS Boa Vista - SMS
Ivete Berkenbrock	DS Matriz - SMS
José Plínio do Amaral Almeida	DS Portão - SMS
Luciana Varela de Oliveira	DS Pinheirinho - SMS
Luzia Viviane Fabre	Coordenação de Saúde Mental - SMS
Marcy Sberzen	Centro Psiquiátrico Metropolitano - SESA
Marco Antonio R. Bessa	Sociedade Paranaense de Psiquiatria Clínica / Clínica Heidelberg
Maria Alice Pedotti	Centro de Informação em Saúde
Maria Amélia Tavares	Sociedade Paranaense de Psiquiatria
Maria Emi Shimazaki	Centro de Informação em Saúde/Normas Técnicas
Nadia Veronica Halboth	Distrito Sanitário Boa Vista - SMS
Natália M. Miyake	DS Bairro Novo - SMS
Roberto Ratzke	Sociedade Paranaense de Psiquiatria Clínica / Clínica Heidelberg
Rogéria Ribas Prestes	DS Bairro Novo - SMS
Rojane da Silva	DS Matriz - SMS
Rosale Aparecida Stoeterau	DS Santa Felicidade - SMS
Rosana Maria Colombes	DS Boqueirão - SMS
Simone Marie Perotta	DS Portão - SMS
Simone Pizzatto Araújo	DS Santa Felicidade - SMS
Tânia M. Cordeiro Ribas	DS Santa Felicidade - SMS
Tereza Cristina Andrigueto	DS Cajuru - SMS
Tereza Lemler Cani	DS Matriz - SMS
Willians Valentini Júnior	Consultor do Programa de Saúde Mental



“Estamos apoiando o novo protocolo do Programa de Saúde Mental, notamos que o nosso ultrapassado modelo assistencial vem sendo reformado. A assistência à saúde mental estava defasada da moderna psiquiatria, no momento estamos à procura da estrutura assistencial adequada.”



SOCIEDADE PARANAENSE
DE PSIQUIATRIA

“O Conselho Regional de Psicologia – 8ª Região apoia o Protocolo do Programa de Saúde Mental, visto ser um trabalho comprometido com a ética e a cidadania conectando cada ação em prol de uma comunidade mais saudável e integrada nas suas diferenças”



Conselho
Regional de
Psicologia
do Paraná
CRP 08

“ Todas as iniciativas que visem aperfeiçoar os serviços de saúde e, em especial o atendimento psiquiátrico, prestados a nossa população devem ser incentivadas. O Protocolo do Programa de Saúde Mental de Curitiba é um belo exemplo que merece nosso apoio.”



Sociedade Paranaense
de Psiquiatria Clínica

