

Prefeitura de Porto Velho - RO
Secretária Municipal de Saúde

The background features a large, semi-transparent watermark of the coat of arms of Porto Velho, RO. The coat of arms is circular with a scalloped edge. At the top, it says "PORTO VELHO" in an arc. In the center is a five-pointed star above a stylized house. Below the house is a banner with the word "OUTUBRO". At the bottom, another banner says "2 DE 1914".

**PROTOCOLO MUNICIPAL DA
REDE DE CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL**

2º Edição
2018



PREFEITURA DE PORTO VELHO - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUSA

PROTOCOLO MUNICIPAL DA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL



FICHA CATALOGRÁFICA DA 2ª EDIÇÃO

NERY, Francisca Rodrigues; SOUSA, Fátima de O.C.; GONZALEZ, Alexis J.X.; *et al* (Organizadores). **Protocolo Municipal da Rede de Cuidado em Saúde Mental**. Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA. Prefeitura Municipal de Porto Velho – Rondônia. São Carlos: Gráfica Futura, 2018, 303 páginas.

1. Saúde Mental. 2. CAPS. 3. RAPS.

Dados de Impressão: Impresso em 8.26 x 11.69, encadernação americana - capa mole colada; papel interior branco (60 # peso); tinta interior preto, branco, colorido; papel exterior branco (90 # peso); e impressão exterior - capa colorida.

FICHA TÉCNICA

Hildon de Lima Chaves
Prefeito de Porto Velho - RO

Eliana Pasini
Secretária Municipal de Saúde - SEMUSA

Saimon Cavalcante de Araújo
Diretor do Departamento de Média e Alta Complexidade

Francisca Rodrigues Nery
Gerente de Divisão de Saúde Mental

Fátima de Oliveira Costa Sousa
Gerente de Apoio Matricial

Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA.

E permitida à reprodução parcial ou total desta obra, desde que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida.

Ficha Catalográfica da 1ª Edição:

LIMA, Daniel Amaral; GONZALEZ, Alexis J.X.; *et al* (Organizadores). **Protocolo Municipal da Rede de Cuidado em Saúde Mental**. SEMUSA, 310 páginas. EUA: Wisconsin, 2014, Lulu *self publishing* nº 5800106008338. 1. Saúde Mental. 2. CAPS. 3. RAPS. Dados de Impressão: Impresso em 8.26 x 11.69, encadernação americana - capa mole colada; papel interior branco (60 # peso); tinta interior preto, branco, colorido; papel exterior branco (90 # peso); e impressão exterior - capa colorida.

ORGANIZAÇÃO DA 2ª EDIÇÃO:

Francisca Rodrigues Nery

Gerente da Divisão de Saúde Mental

Fátima de Oliveira Costa Sousa

Gerente de Apoio Matricial

Aléxis José Xavier González

Psicólogo Especialista em Clínica de Indivíduos, Grupos, Organizações e Redes Sociais.

Dionéia Martins Marinho

Psicóloga da Divisão de Saúde Mental

Daniel Amaral Lima

Diretor do Centro de Atenção Psicossocial Madeira Mamoré

Josselane Acássia Monteiro Pinto

Enfermeira da Divisão de Saúde Mental

GRUPO REVISOR

Arthelúcia Maria Amaral da Silva

Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad

Doralice Borges da Silva

Diretora do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad

Fernanda Costa de Oliveira

Gerente Técnica do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad

Gunter Faust

Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad

Itamires Laiz Coimbra da Silva

Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi

Priscila Umbeline de Souza Neves

Gerente Técnica do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi

Renata Augustinho de Gaspari

Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURA I: ORGANOGRAMA DA RAPS.....	22
FIGURA II: INTERDEPENDÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	28
FIGURA III: FLUXOGRAMA DO CAPS	48
FIGURA IV: FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO, AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	53
FIGURA V: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO CAPSAD	55
FIGURA VI: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO CAPSi	69
FIGURA VII: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PPCAAM	82
FIGURA VIII: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	89
FIGURA IX: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A SITUAÇÃO DE CRISE	90
FIGURA X: FLUXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SAMU 192	93
FIGURA XI: FLUXOGRAMA DE MAPA DE RISCO	95
FIGURA XII: FLUXOGRAMA DO MANEJO CLÍNICO INSTITUCIONAL	258

LISTA DE TABELAS E QUADROS

QUADRO I: MATRIZ DE COMPETÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	26
QUADRO II: GRAU DE URGÊNCIA	91
TABELA I: MEDICAMENTO SOB CONTROLE ESPECIAL PADRONIZADO	250
TABELA II: MEDICAMENTO ANTIDEPRESSIVO	251
TABELA III: MEDICAMENTO ANTIPSICÓTICO	252
TABELA IV: MEDICAMENTO ESTABILIZADOR DE HUMOR	253
TABELA V: MEDICAMENTO BENZODIAZEPÍNICO	254
TABELA VI: RESUMO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS	253

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CTCA – Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente

ESF – Equipe de Saúde da Família

HB – Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro

HICD – Hospital Infantil Cosme & Damião

JP II – Pronto Socorro João Paulo II

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPCAAM – Programa de Proteção à Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RT – Residência Terapêutica

SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	20
1. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....	22
1.1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	24
1.1.1. PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL	26
1.1.2. PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL E ESF	28
1.1.3. AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL.....	29
1.1.4. AVALIAÇÃO INICIAL E AVALIAÇÃO DE RISCO	30
1.2. ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	31
1.2.1. PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA.....	31
1.2.1.1. PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS FAMÍLIAS (PAIF)	32
1.2.1.2. SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS	33
1.2.1.3. SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS ...	33
1.2.2. PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL	34
1.2.2.1. PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	34
1.2.2.2. PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE	36
1.3. EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL	38
1.3.1. EDUCAÇÃO ESPECIAL	38
1.4. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE.....	40
1.5. CONTROLE SOCIAL	40
1.5.1. CONFERÊNCIAS DE SAÚDE (MUNICIPAL - ESTADUAL - NACIONAL)	41
1.5.2. CONSELHOS DE SAÚDE	41
1.6. VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	42
1.6.1. COMPETÊNCIAS DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DANT).....	42
1.6.2. AÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL	42
1.6.3. PROPOSTA DA VIGILÂNCIA COMO INDICADORES SAÚDE MENTAL	43
2. SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	44
2.1. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)	44
2.2. EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	44
2.3. EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÕES EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS	46
2.3.1. EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA	46
2.4. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	46
2.5. ALTA HOSPITALAR	47

3. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA	48
3.1. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II PORTO VELHO (TRÊS MARIAS).....	49
3.1.1. ACOLHIMENTO.....	50
3.1.2. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO	50
3.1.3. PRINCÍPIOS ÉTICOS E TÉCNICOS DA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO:.....	51
3.1.4. TRATAMENTO	51
3.1.5. MODALIDADE DE ATENDIMENTO EM GRUPO	52
3.1.6. ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE.....	52
3.1.7. ATENDIMENTO, CONSULTAS E ACOLHIMENTO INDIVIDUAL.	52
3.1.8. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	53
3.1.9. AÇÕES COMPLEMENTARES	54
3.2. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSAD	54
3.2.1. ACOLHIMENTO.....	55
3.2.2. TRATAMENTO	56
3.2.3. MODALIDADE DE ATENDIMENTO EM GRUPO	57
3.2.4. ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE.....	58
3.2.5. ATENDIMENTO, CONSULTAS E ACOLHIMENTO INDIVIDUAL.	59
3.2.6. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	59
3.2.7. AÇÕES COMPLEMENTARES	60
3.3. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL – CAPSI.....	62
3.3.1. ACOLHIMENTO.....	64
3.3.2. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO	67
3.3.3. TRATAMENTO	68
3.3.4. MODALIDADE DE ATENDIMENTO EM GRUPO	70
3.3.5. PROBLEMATIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	71
4. UNIDADES DE ACOLHIMENTO – UA	83
4.1. UNIDADES DE ACOLHIMENTO ADULTO.....	83
4.2. UNIDADES DE ACOLHIMENTO INFANTOJUVENIL	83
4.3. INGRESSO DE RESIDENTES	85
4.4. PRECEITOS	85
4.5. ESTRUTURA FÍSICA	86
5. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SAÚDE MENTAL.....	88
5.1. NA ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	88
5.1.1. SITUAÇÃO DE CRISE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA.....	88
5.1.2. NÍVEIS DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	90
5.1.3. SITUAÇÃO DE CRISE.....	92

5.2. URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO SAMU 192	93
5.3. NA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	94
6. PARTICULARIDADES.....	96
6.1. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	96
6.1.1. PRINCÍPIOS.....	96
6.1.2. DIRETRIZES OPERACIONAIS DAS AÇÕES DE CUIDADO	97
6.1.3. FATORES A SEREM CONSIDERADOS.....	97
6.1.4. MANEJO.....	98
6.1.4.1. ORIENTAÇÕES PARA OS PAIS.....	99
7. ANSIEDADE	100
7.1. RELEVÂNCIA E EPIDEMIOLOGIA.....	100
7.2. COMO AVALIAR E ABORDAR	101
7.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	102
7.4. TRATAMENTO: MANEJO GERAL	103
7.5. INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS.....	103
7.6. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	103
7.7. CLASSIFICAÇÃO E MANEJO DE TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE ANSIEDADE.....	104
7.7.1. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)	104
7.7.1.1. DIRETRIZES DE IDENTIFICAÇÃO	105
7.7.1.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	105
7.7.1.3. DIRETRIZES DE TRATAMENTO.....	105
7.7.1.4. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	106
7.7.1.5. PARTICULARIDADES EM GRUPOS ESPECÍFICOS	106
7.7.1.5.1. CRIANÇAS E ADOLESCENTES	106
7.7.2. TRANSTORNO DE PÂNICO	107
7.7.2.1. DIRETRIZES DE AVALIAÇÃO	108
7.7.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	108
7.7.2.3. DIRETRIZES DO TRATAMENTO	109
7.7.2.4. EVITAR EXAMES OU MEDICAÇÕES DESNECESSÁRIAS.....	110
7.7.3. TRANSTORNOS FÓBICOS	110
7.7.3.1. FOBIAS ESPECÍFICAS.....	110
7.7.3.2. AGORAFOBIA	110
7.7.3.3. FOBIA SOCIAL: TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL.....	111
7.7.3.4. DIRETRIZES DE TRATAMENTO (TODOS OS TRANSTORNOS FÓBICOS).....	111
7.7.3.4.1. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO (ESPECÍFICO PARA FOBIA SOCIAL)	112
7.7.4. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC).....	112
7.7.4.1. DIAGNÓSTICO	113
7.7.4.2. TRATAMENTO	113
7.7.5. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	114

7.7.5.1. DIAGNÓSTICO	114
7.7.5.2. TRATAMENTO	115
7.7.6. REAÇÃO AGUDA AO ESTRESSE	115
7.7.7. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	116
7.8. FLUXO DE ATENÇÃO	116
8. TRANSTORNOS DEPRESSIVOS	117
8.1. EPIDEMIOLOGIA E RELEVÂNCIA	117
8.2. DIAGNÓSTICO E IDENTIFICAÇÃO	117
8.3. COMO AVALIAR E ABORDAR: QUEIXAS APRESENTADAS	118
8.4. DEPRESSÃO ATÍPICA	119
8.5. DISTIMIA	119
8.6. DEPRESSÃO BIPOLAR	119
8.6.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	120
8.7. MANEJO PSICOSSOCIAL	120
8.7.1. INFORMAÇÕES ESSENCIAIS PARA O PACIENTE E AOS FAMILIARES	120
8.7.2. RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE E AOS FAMILIARES	121
8.7.3. EDUCAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO	121
8.7.4. MEDIDAS GERAIS	122
8.7.5. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO LEVE	122
8.7.6. MANEJO FARMACOLÓGICO – DEPRESSÃO LEVE	122
8.7.7. MANEJO NA DEPRESSÃO MODERADA E SEVERA	123
8.8. DEPRESSÃO COM SINTOMAS PSICÓTICOS	124
8.8.1. AVALIAÇÃO E MANEJO DO USO DO ANTIDEPRESSIVO	125
8.8.2. SEGUIMENTO	125
8.9. PARTICULARIDADES	126
8.9.1. PACIENTE COM DOENÇA FÍSICA	126
8.9.2. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	127
8.9.3. GESTAÇÃO E PUERPÉRIO	128
8.9.4. IDOSO	129
8.9.5. SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA: SUICÍDIO	130
8.9.6. QUANDO ENCAMINHAR	131
8.10. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR	131
8.10.1. COMO AVALIAR E ABORDAR	132
8.10.2. DIAGNÓSTICO E IDENTIFICAÇÃO	132
8.11. ESPECIAIS	133
8.11.1. CICLAGEM RÁPIDA	133
8.11.2. EPISÓDIOS MISTOS	133
8.11.3. CICLOTIMIA	133
8.11.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	134
8.11.5. AVALIAÇÃO INICIAL E MANEJO	134
8.11.6. MANEJO PSICOSSOCIAL	134

8.11.6.1. INFORMAÇÕES ESSENCIAIS PARA PACIENTES E FAMILIARES	134
8.11.6.2. RECOMENDAÇÕES AOS PACIENTES E FAMILIARES.....	135
8.11.6.3. PREVENÇÃO DE RECAÍDA	135
8.11.6.4. MANEJO FARMACOLÓGICO	136
8.12. MANEJO DE EPISÓDIOS MANÍACOS	136
8.13. MANEJO DE EPISÓDIOS DEPRESSIVOS	136
8.13.1. ANTIDEPRESSIVOS DEVEM SER EVITADOS NAS SEGUINTE SITUAÇÕES.....	137
8.13.2. AO INICIAR UM ANTIDEPRESSIVO ORIENTAR O PACIENTE SOBRE	137
8.13.3. SE UM PACIENTE NÃO RESPONDER AO USO DE ANTIDEPRESSIVO.....	137
8.13.4. TRATAMENTO DE PACIENTES COM CICLAGEM RÁPIDA.....	138
8.13.5. TRATAMENTO PROFILÁTICO DE MANUTENÇÃO	138
8.14. PARTICULARIDADES	139
8.14.1. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	139
8.14.1.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	140
8.14.2. MULHER	140
8.14.2.1. GESTAÇÃO	141
8.14.2.1.1. EM MULHERES GRÁVIDAS	141
8.14.2.1.2. AMAMENTAÇÃO	142
8.14.2.1.3. PSICOSE PUERPERAL.....	142
8.14.3. IDOSO	142
8.14.4. AGITAÇÃO PSICOMOTORA	142
8.14.5. RISCO DE SUICÍDIO	142
8.15. REFERÊNCIAS DISPONÍVEIS NO MUNICÍPIO (E ARTICULAÇÕES EXTERNAS).....	143
8.15.1. REDE.....	143
8.15.2. QUANDO ENCAMINHAR AO CAPS	143
8.15.3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	144
9. PSICOSE	145
9.1. DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO	145
9.2. RELEVÂNCIA E EPIDEMIOLOGIA.....	145
9.3. HISTÓRIA NATURAL E CURSO DA ESQUIZOFRENIA.....	145
9.4. COMO AVALIAR E ABORDAR	146
9.4.1. COMO ABORDAR QUANDO A PESSOA CHEGA PARA O TRATAMENTO.....	146
9.4.2. INFORMAÇÃO DA HISTÓRIA RELEVANTE PARA O DIAGNÓSTICO.....	146
9.4.3. IDENTIFICAR SINAIS E SINTOMAS	146
9.4.4. FATORES PRIMITIVOS DE PIOR DIAGNÓSTICO	147
9.5. DIAGNÓSTICO	147
9.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	148
9.7. TRATAMENTO	148
9.7.1. FASE PRODRÔMICA	148
9.7.2. FASE AGUDA	149
9.7.3. FASE DE ESTABILIZAÇÃO	149

9.7.4. FASE DE MANUTENÇÃO	149
9.8. MANEJO PSICOSSOCIAL	150
9.8.1. PREVENÇÃO DE RECAÍDA	150
9.8.2. MANEJO FARMACOLÓGICO	151
9.9. PROGNÓSTICO COM TRATAMENTO.....	151
9.10. PARTICULARIDADES	152
9.10.1. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	152
9.10.2. MULHER	152
9.10.2.1. FATORES DE RISCO	152
9.10.2.2. MANEJO E TRATAMENTO	152
9.10.3. PARTICULARIDADES NO IDOSO	153
9.10.3.1. TRANSTORNO DELIRANTE	153
9.11. REFERÊNCIAS DISPONÍVEIS NO MUNICÍPIO.....	153
9.12. INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICAS	155
9.12.1. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA	155
9.13. ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS.....	155
9.14. MEDICAÇÕES EXCEPCIONAIS DE ALTO CUSTO	155
9.15. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA	156
9.15.1. OBSERVAÇÕES	156
9.15.2. CRITÉRIOS ESPECIAIS DE INCLUSÃO	156
10. EPILEPSIA.....	157
10.1. RELEVÂNCIA.....	157
10.2. DIAGNÓSTICO	157
10.3. COMO IDENTIFICAR	157
10.4. O DIAGNÓSTICO PODERÁ SER AUXILIADO POR EXAMES COMPLEMENTARES	158
10.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CONDIÇÕES CLÍNICAS CAUSANDO OS SINTOMAS.....	158
10.6. TRATAMENTO	159
10.6.1. MANEJO PSICOSSOCIAL	159
10.7. MANEJO FARMACOLÓGICO	159
10.8. ABORDAGEM NAS CRISES	161
10.8.1. SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E ABORDAGEM	161
10.9. PARTICULARIDADES	161
10.9.1. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	161
10.9.1.1. CONVULSÃO FEBRIL	162
10.9.2. MULHER	162
10.9.2.1. CONTRACEPÇÃO	162
10.9.2.2. GRAVIDEZ.....	162
10.9.2.3. AMAMENTAÇÃO	163
10.9.3. IDOSO	163
10.10. PROGNÓSTICO COM TRATAMENTO.....	163
10.11. TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS À EPILEPSIA	163

10.12. TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS À EPILEPSIA.....	164
10.12.1. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS	164
10.12.2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	164
10.12.3. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	165
11. QUADROS ALIMENTARES.....	166
11.1. CONTEXTUALIZAÇÃO E RELEVÂNCIA DO TEMA	166
11.2. DIAGNÓSTICO	166
11.3. ANOREXIA NERVOSA	167
11.4. BULIMIA NERVOSA	167
11.5. TRANSTORNOS ALIMENTARES SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO – TASOE.....	167
11.6. TRATAMENTO	168
11.6.1. ANOREXIA NERVOSA	168
11.6.2. BULIMIA NERVOSA	168
11.6.3. TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA	168
11.7. MANEJO PSICOSSOCIAL	168
11.7.1. ANOREXIA NERVOSA	168
11.7.2. BULIMIA NERVOSA	169
11.7.3. TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP).....	169
11.8. MANEJO FARMACOLÓGICO	169
11.8.1. ANOREXIA NERVOSA	169
11.8.2. BULIMIA NERVOSA E TCAP	170
11.8.3. PARTICULARIDADES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	170
11.9. FLUXO DE ATENÇÃO.....	170
11.9.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA	170
11.9.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	171
11.9.2.1. ANOREXIA NERVOSA	171
11.9.2.2. BULIMIA NERVOSA	171
11.9.2.3. INTERNAÇÃO.....	171
12. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	172
12.1. RELEVÂNCIA E EPIDEMIOLOGIA.....	172
12.2. COMO ABORDAR E AVALIAR	172
12.3. DIAGNÓSTICO	173
12.3.1. CONCEITOS BÁSICOS	173
12.3.2. DIFERENTES PADRÕES DE CONSUMO E RISCOS RELACIONADOS.....	174
12.3.3. CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA	174
12.3.3.1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE USO NOCIVO OU ABUSIVO	174
12.3.3.2. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA DEPENDÊNCIA	174
12.4. MANEJO PSICOSSOCIAL	175
12.4.1. ACONSELHAMENTO	175

12.4.2. INTERVENÇÃO BREVE.....	175
12.5. REDUÇÃO DE DANOS	175
12.6. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	176
12.6.1. COMO ABORDAR E AVALIAR.....	176
12.6.2. PADRÃO DE CONSUMO.....	176
12.6.3. TRIAGEM OU RASTREAMENTO	176
12.6.4. DIAGNÓSTICO	177
12.6.5. INTOXICAÇÃO AGUDA	177
12.6.6. SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DO ÁLCOOL	178
12.6.6.1. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE DA SAA	178
12.6.7. MANEJO FARMACOLÓGICO	180
12.6.8. A DOENÇA DO ALCOOLISMO E O APOIO DO GRUPO AA	180
12.7. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE NICOTINA	184
12.7.1. COMO ABORDAR E AVALIAR.....	184
12.7.2. TRATAMENTO	185
12.7.3. MANEJO PSICOSSOCIAL	185
12.7.4. ABORDAGEM DO <i>CRAVING</i> OU FISSURA.....	185
12.7.5. MANEJO FARMACOLÓGICO	186
12.7.5.1. TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO DA NICOTINA	186
12.7.5.2. FARMACOTERAPIA PARA REDUÇÃO DA FISSURA	186
12.8. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE MACONHA	187
12.8.1. COMPLICAÇÕES AGUDAS.....	187
12.8.2. COMPLICAÇÕES CRÔNICAS	188
12.8.3. FUNCIONAMENTO COGNITIVO	188
12.8.4. DIAGNÓSTICO	188
12.8.4.1. DEPENDÊNCIA.....	188
12.9. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS (<i>BDZ</i>).....	189
12.9.1. COMO ABORDAR E AVALIAR.....	189
12.9.2. MANEJO PSICOSSOCIAL	190
12.9.3. MANUTENÇÃO SEM BENZODIAZEPÍNICOS	190
12.9.4. TRATAMENTO	190
12.9.5. A RETIRADA DOS BENZODIAZEPÍNICOS	191
12.9.6. SUBSTITUIÇÃO POR BENZODIAZEPÍNICOS DE MEIA-VIDA LONGA.....	191
12.10. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SOLVENTES	191
12.10.1. COMPLICAÇÕES AGUDAS.....	192
12.10.2. COMPLICAÇÕES CRÔNICAS	192
12.11. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA.....	192
12.11.1. COMO ABORDAR E AVALIAR EM MANIFESTAÇÕES AGUDAS	192
12.11.2. MANEJO EM INTOXICAÇÃO AGUDA	194
12.11.3. OVERDOSE.....	194
12.11.4. SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	194
12.11.5. SISTEMA NERVOSO CENTRAL	194
12.11.6. COMPLICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS AGUDAS.....	194

12.11.7. COMPLICAÇÕES CRÔNICAS	195
12.11.8. SINTOMATOLOGIA DE NATUREZA ANSIOSA	195
12.11.9. SINTOMATOLOGIA DE NATUREZA PSICÓTICA	195
12.11.10. PARTICULARIDADES NA GRAVIDEZ	195
12.12. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ANFETAMINAS.....	196
12.12.1. COMO ABORDAR E AVALIAR.....	196
12.12.2. COMPLICAÇÕES AGUDAS.....	196
12.12.3. DEPENDÊNCIA.....	197
12.12.4. MANEJO FARMACOLÓGICO	197
12.13. FLUXO DE ATENÇÃO.....	197
13. ATENÇÃO EM EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	200
13.1. AVALIAÇÃO INICIAL	200
13.2. AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO PSICOMOTORA	200
13.3. AVALIAÇÃO DO PACIENTE POTENCIALMENTE AGRESSIVO	201
13.4. TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS	201
13.5. QUADRO CLÍNICO	202
13.6. TRATAMENTO	202
13.7. TRATAMENTO PSICÓTICO	203
13.7.1. ESQUIZOFRENIA	203
13.7.2. TRANSTORNO DE HUMOR	203
13.7.2.1. TRATAMENTO	203
13.7.2.2. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO	204
13.7.2.3. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	205
13.7.3. MEDIDAS GERAIS: “ESPERA VIGILANTE” EM CASOS LEVES	205
13.7.4. CONSIDERAR A POSSIBILIDADE DE INTERNAÇÃO QUANDO	205
13.7.5. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE: ANTISSOCIAL, PARANOIDE E OUTROS	206
13.7.6. TRANSTORNOS MENTAIS NÃO ORGÂNICOS E NÃO PSICÓTICOS	206
13.7.7. CONDIÇÕES QUE PODEM DESENCADear SINTOMAS DE ANSIEDADE	207
13.7.7.1. DOENÇAS CLÍNICAS	207
13.7.7.2. INTOXICAÇÃO E ABSTINÊNCIA POR DROGAS.....	207
13.7.7.3. FÁRMACOS QUE PODEM CAUSAR SINTOMAS ANSIOSOS	207
13.7.7.4. TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	207
13.8. RISCO DE SUICÍDIO	208
13.8.1. CONSIDERAÇÕES NA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO.....	208
13.8.2. LOCAL DE TRATAMENTO	209
14. MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL	210
14.1. QUANDO SOLICITAR MATRICIAMENTO	211
14.2. ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL	211
14.3. INTERCONSULTA.....	212

14.4. DISCUSSÃO DE CASOS	213
14.5. ETAPAS DE UMA INTERCONSULTA	214
14.6. VISITA DOMICILIAR CONJUNTA	216
14.7. CONTATO À DISTÂNCIA	218
REFERÊNCIAS	219
ANEXO I – CIWA-AR	231
ANEXO II – MEEM	232
ANEXO III - PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL OU SINGULAR – PTIS	235
ANEXO IV – FICHA ACOLHIMENTO (CAPSAD)	238
ANEXO V – ENTREVISTA INICIAL EM SAÚDE MENTAL (CAPSAD)	240
ANEXO VI – ENTREVISTA EM SAÚDE MENTAL (CAPSI)	242
ANEXO VII – ANAMNESE EM SAÚDE MENTAL (CAPS II)	246
ANEXO VIII – TESTE DE FAGERSTRÖM	248
ANEXO IX – DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA	249
ANEXO X – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	250
APÊNDICE I - HIDROCAPS	256
APÊNDICE II – REGIMENTO INTERNO DA DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL	263

INTRODUÇÃO

O momento atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira prioriza a desinstitucionalização e a inclusão social, integrando as pessoas em sofrimento psíquico intenso e com transtorno mental severo ao cotidiano da comunidade, suas potencialidades e engajamento na vida em família e sociedade. Superando a experiência histórica anterior de tentar "humanizar" o hospital psiquiátrico, compreendendo a prática do isolamento social como antiterapêutico, o modelo asilar-hospitalar deve ser indubitavelmente substituído progressivamente pelo da saúde coletiva comunitária.

Portanto, o processo de trabalho em Saúde Mental e o Campo Psicossocial são propostas historicamente recentes e que buscam alicerçar sua *práxis* em novas tecnologias leves e iniciativas de inserção social dos usuários do SUS, egressos ou não de internações psiquiátricas em seus territórios de saúde, seja na Atenção Básica e ou Especializada de Saúde Mental, respectivamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como demais pontos da rede de cuidados.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) de Porto Velho – RO, as primeiras iniciativas neste paradigma extra-hospitalar da Saúde Mental ocorrem com a efetuação do Programa Municipal de Saúde Mental no atendimento ambulatorial de usuários nas dependências da *Policlínica Rafael Vaz e Silva*, no ano de 2002, assistindo um público geral de mais de 500 pessoas, como terapêutica complementar a clientela que demandava no serviço atendimento neurológico, ortopédico e psicológico. Esta foi uma inovação na assistência à saúde, mas ainda longe da perspectiva de um processo de trabalho dentro da lógica da Reabilitação Psicossocial como proposta de reinserção do cidadão no âmbito da casa, família, lazer e trabalho.

Em julho de 2006 é implantado na SEMUSA o seu primeiro Centro de Atenção Psicossocial de gestão municipal, batizado como CAPS II Porto Velho *a.k.a* "Três Marias", conforme política que tem como diretrizes a Lei 10.216/01, a "Lei da Reforma Psiquiátrica", e a Portaria nº 336/02 que regulamentam a Atenção Especializada em Saúde Mental na perspectiva desta como ação comunitária em saúde nas suas diversas modalidades de serviço e complexidade atendendo o índice populacional.

Em novembro de 2009 é inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, o primeiro e único *CAPSad* de Rondônia até a data de publicação deste Protocolo, após quase um ano de espera visto entre outras dificuldades neste período, a contratação de profissional médico Psiquiatra para habilitar o serviço fora um dos seus

maiores empecilhos. O médico especialista em Psiquiatria ainda nos dias de hoje é considerado em número insuficiente para atender todas as regiões do Estado. De forma que até a data de inauguração do *CAPSad* os atendimentos e tratamento oferecidos as pessoas que faziam uso problemático de Substâncias Psicoativas (SPA) e dependentes químicos eram acolhidos no *CAPS II Porto Velho (Três Marias)*, e esta rede de cuidado veio a se ampliar com a implementação deste novo serviço.

E com um aumento significativo nos últimos anos da parcela de crianças e adolescentes em acompanhamento de Saúde Mental prestado no *CAPS II Porto Velho (Três Marias)* e *CAPSad*, a gestão municipal resolve implantar um novo serviço especializado para este público, e em julho de 2012 é inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (*CAPSi*), o único também no Estado até esta data.

Assim sendo, esta capital atinge em 2013 o índice de cobertura de 0,92 de CAPS, superando a média nacional de 0,75 de acordo com a meta do SISPACTO do Ministério da Saúde. No entanto, mesmo em um cenário de “100% na cobertura para CAPS”, precisamos avançar muito mais na concepção de Saúde Mental, como política de saúde pública, como Rede de Atenção Psicossocial, fora do desenho tradicional do serviço CAPS como centro da estratégia. E sim, como mais um dos vários pontos de atenção à saúde, numa concepção de processo de trabalho que contribua para a humanização, utilizando mais do que algumas estratégias da Clínica Ampliada, mas como prática horizontal que reconheça àqueles/nós com transtorno mental como pessoas que merecem respeito em suas singularidades e que em seu fluxo de vida saudável nada tem a ver em padrões de normalização.

Este documento tem como fim ampliar a discussão sobre a rede de saúde do município e demais entidades, quanto novas possibilidades de arranjos da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito municipal, onde todos os agentes: usuários, profissionais, famílias, e sociedade estejam envolvidos no cuidado.

1. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde, pela portaria 3088/11, as pessoas em sofrimento psíquico intenso ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, significa um avanço no paradigma ao reconhecer as potencialidades dos vários "Pontos" da rede de saúde no território de abrangência. Seja na prevenção, promoção e reabilitação nos seus vários níveis de complexidade da Atenção a Saúde Primária à Alta. Mudando o desenho tradicional no qual o CAPS encontrava-se no "centro" da estratégia de saúde mental, para integrá-lo agora como um Ponto de Atenção Psicossocial na RAPS, importante como os demais dentro de suas particularidades, metas e objetivos.

FIGURA I: ORGANOGRAMA DA RAPS



A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

1. Atenção Básica em Saúde (UBS, USF, NASF, CnaR);
2. Atenção Psicossocial Especializada (CAPS);
3. Atenção de Urgência e Emergência (UPA 24h, SAMU 192, JPPI, HB, HICD);
4. Atenção Hospitalar (leitos e enfermaria especializada, JPPI e HB); e,
5. Estratégias de Desinstitucionalização (UA, RT).

São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

1. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
2. Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
3. Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

1. Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
2. Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
3. Combate aos estigmas e preconceitos;
4. Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
5. Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
6. Diversificação das estratégias de cuidado;
7. Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.
8. Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
9. Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
10. Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
11. Promoção de estratégias de educação permanente; e,
12. Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

1. Promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
2. Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
3. Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
4. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
5. Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
6. Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
7. Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
8. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
9. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

1.1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O modelo de atenção primária adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Porto Velho é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde as equipes têm uma população delimitada sob a sua responsabilidade, localizada em determinado território geográfico. As equipes atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da população de sua área de abrangência. Caracterizam-se também como a porta de entrada de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado de saúde. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da ESF se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico.

Nessa estruturação, as áreas técnicas e programáticas específicas (saúde mental, saúde do idoso, saúde da criança e saúde da mulher) ocupam um lugar de apoio junto às equipes de referência nas equipes de Saúde da Família (ESF), numa perspectiva de ampliar a sua clínica, de forma a facilitar a vinculação e responsabilização.

Em Porto Velho, os profissionais de saúde mental da atenção primária trabalham no modelo do apoio matricial, onde foram incorporados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). No apoio matricial, uma equipe de especialistas em diversas áreas do saber oferece suporte a um conjunto de PSF. As equipes de apoio se corresponsabilizam pelos casos e estruturam sua forma de atuação conforme a necessidade das diversas unidades de saúde. Esse modelo tem como função possibilitar um espaço de educação permanente e troca de saberes, além de fornecer suporte técnico especializado e intervenções que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e sua escuta.

Os profissionais da saúde mental do NASF participam de reuniões regulares com as equipes SF, para discussão de casos e outras ações conjuntas referentes às suas áreas de atuação. Outros dispositivos de educação permanente são estimulados, como atendimentos e intervenções em conjunto e discussão de temas, aumentando a capacidade resolutiva da equipe local de referência. Além disso, atuam conjuntamente no planejamento e execução de atividades de promoção e assistência em saúde mental, se corresponsabilizando pelas ações com as ESF.

Os casos que são atendidos especificamente pela equipe de saúde mental são decididos em conjunto com a ESF nas discussões de caso. Quando a equipe de Saúde da Família, antes da reunião de matriciamento, tiver dúvida quanto à necessidade de atendimento de urgência por profissional de saúde mental ou em outro dispositivo da rede, deve discutir o caso com o profissional do NASF, para orientação e conduta.

Esse arranjo institucional também prevê a articulação entre os centros de saúde e os serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizando o fluxo e o processo de trabalho, de modo que a saúde mental permeie de forma transversal a atuação das equipes de saúde. Para isso, conta com reuniões territoriais de saúde mental, mensais, com participação de profissionais de saúde mental dos NASF e dos CAPS, para discussão de casos, projetos terapêuticos e fluxos entre os serviços.

Os CAPS são serviços de referência para casos graves, que necessitem de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial ou ainda que ultrapassem as possibilidades de intervenção da ESF e NASF. Nessa lógica, os casos a serem atendidos nos CAPS devem ser preferencialmente encaminhados pelas equipes de saúde mental do NASF.

Os CAPS também darão retaguarda às equipes de ESF e NASF, nas suas especificidades, assessorando em demandas específicas. São serviços substitutivos às internações psiquiátricas, quando possível. Atualmente Porto Velho conta com três CAPS: um adulto, um infantil e um para indivíduos com problemas com álcool e outras drogas (ad). Os indivíduos que buscarem os CAPS por demanda espontânea, serão acolhidos e avaliados conforme o fluxograma de atendimento e regimento interno. Os casos que após a avaliação não tiverem necessidade de acompanhamento nesse serviço, serão atendidos pela ESF nos centros de saúde de sua área de residência, com apoio do NASF e das equipes dos CAPS, conforme sua especificidade.

Quando as possibilidades de tratamento extra-hospitalar forem esgotadas e os indivíduos apresentarem risco para si mesmo ou para outros, serão encaminhados para internação psiquiátrica em hospital geral. As pessoas que saem de internação hospitalar devem ser encaminhadas diretamente para os CAPS.

Os usuários acompanhados pelo CAPS que, após estabilização, forem receber alta, devem ser discutidos nas reuniões entre os CAPS e equipe de saúde mental do NASF, para posteriormente passarem a ser atendidos por estas equipes de apoio de saúde mental, sempre mantendo o vínculo com a ESF.

Convém ressaltar que esse fluxo não é rígido, portanto, se um indivíduo procurar qualquer um dos dispositivos da rede, será acolhido, avaliado e encaminhado para o serviço que melhor atenda suas necessidades no momento. Para facilitar esse fluxo, é imprescindível a existência dos espaços de discussão descritos entre a ESF, NASF e CAPS. Garante-se assim a construção de projetos terapêuticos singulares e/ou individuais, realizada em conjunto nas

diversas esferas da rede, e a conexão dos serviços e profissionais em uma linha de cuidado em saúde mental.

1.1.1. PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Nas últimas décadas a construção de políticas públicas de saúde vem caminhando no sentido de valorizar a participação popular, o controle social e o protagonismo das comunidades. As ações passam a ser focadas mais na promoção da saúde do que na intervenção curativa e de reabilitação. Assim, ainda que a promoção de Saúde Mental esteja invariavelmente inserida na compreensão de Promoção da Saúde em geral, há que se aprofundar a especificidade deste campo de atuação no que diz respeito à atenção primária.

QUADRO I: MATRIZ DE COMPETÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE CUIDADO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> ○ Autocuidado; ○ Busca ativa; ○ Atenção domiciliar; ○ Identificação de fatores de risco e de proteção. 	Domicílio
Grupo de ajuda mútua	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acolhimento; ○ Socialização; ○ Ajuda entre pares; ○ Informação; ○ Compartilhamento de vivências. 	Comunidade
Consultório na Rua	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acolhimento; ○ Redução de danos; ○ Busca ativa; ○ Cadastramento; ○ Identificação de risco; ○ Orientação e encaminhamentos; ○ Vínculo. 	Rua
UBS/ESF	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acolhimento; ○ Estratificação de risco; ○ Ordenamento do cuidado; ○ Articulação da Rede Intra e Intersetorial; ○ Cadastramento; ○ Busca ativa; ○ Vínculo; ○ Responsabilidade pelos usuários do seu território; ○ Garantia do cuidado e da resolubilidade da atenção ao usuário de baixo e médio risco; 	Território de Abrangência

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Compartilhamento com CAPS do cuidado ao usuário de alto risco; ○ Educação em saúde; ○ Atividades coletivas. 	
Academia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ○ Práticas corporais/ atividades físicas; ○ Promoção de atividades de segurança alimentar, nutricional e de educação alimentar; ○ Planejamento das ações em conjunto com a equipe da APS. 	Território de Abrangência
NASF/ Equipe Matricial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Matriciamento; ○ Atendimento multiprofissional; ○ Compartilhamento do cuidado ao usuário de médio risco; ○ Compartilhamento do cuidado ao usuário de alto risco – para municípios onde não há CAPS; ○ Educação da APS. 	Território de Abrangência
CRAS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificação de fatores; ○ Encaminhamentos; ○ Promoção de saúde mental e prevenção de agravos; ○ Reinserção social; ○ Viabilização do acesso às condições de cidadania; ○ Atenção às famílias. 	Território de Abrangência
Escolas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prevenção de agravos e promoção de saúde mental; ○ Identificação de fatores de risco e de proteção; ○ Encaminhamentos; ○ Inclusão; ○ Orientação familiar; ○ Programa Saúde na Escola (PSE). 	Território de Abrangência
Associações, ONGs, Centros de Convivência, Igrejas, e Similares.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acolhimento; ○ Socialização; ○ Reinserção social; ○ Promoção de saúde. 	Comunidade

A Política Nacional de Promoção de Saúde (Ministério da Saúde, 2006) apresenta, como objetivo geral, o que pode ser depreendido como um conceito de promoção de saúde. A partir da compreensão de que os indivíduos e a comunidade podem promover condições saudáveis de existência, e que tais condições estão atreladas ao conjunto de relações com o poder público, iniciativa privada, ONGs, e outras instituições, fazem-se necessário que as equipes de saúde participem ativamente da construção da autonomia dos sujeitos, com ações que visem à efetivação do controle social e o empoderamento dos grupos – familiares,

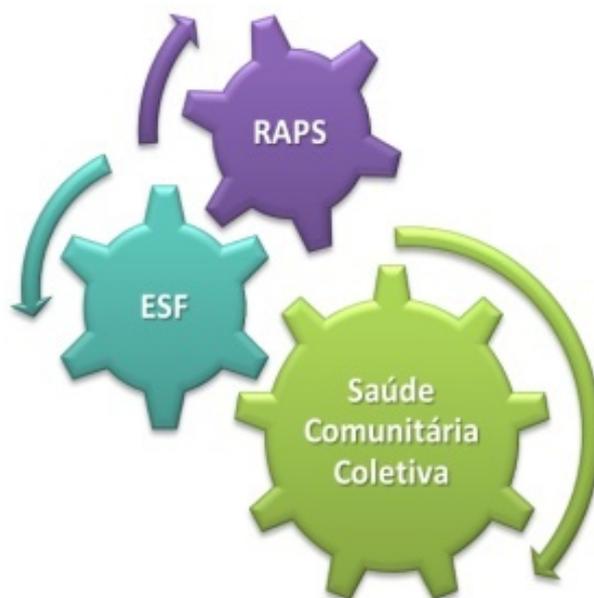
institucionais, religiosos – para que compartilhem, junto com os gestores, o protagonismo na melhora da qualidade de vida. Tal processo de empoderamento dá-se pelo compromisso da educação permanente em saúde e da inclusão e valorização dos saberes e necessidades dos usuários e dos grupos que os representam.

Em saúde mental, é especialmente relevante considerar a autonomia e capacidade de autocuidado dos indivíduos como indicador de saúde. E cabe considerar não apenas a autonomia e participação dos indivíduos, mas também das comunidades, como fator definidor das condições de saúde do território.

1.1.2. PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL E ESF

Como conjunto de possibilidades de intervenção, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o local privilegiado para atuação em saúde mental. Como evidencia Amarante (2007, p. 94) a “alta capacidade resolutiva da ESF (...) dispensa grande parte dos encaminhamentos para os níveis mais sofisticados e complexos de atenção”. Além disso, favorece a redução do uso indiscriminado de medicamentos no cuidado à saúde mental.

FIGURA II: INTERDEPENDÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



A efetividade das ações da equipe de saúde da família depende, entretanto, da possibilidade de um intenso trabalho de territorialização, que vai desde o reconhecimento do território, suas necessidades e potencialidades, até a ação direta dentro da comunidade. A territorialização implica o aproveitamento dos recursos existentes em cada comunidade,

encontrando associações de moradores, escolas, entidades comerciais, religiosas, de esporte, que construam vínculos de responsabilização e iniciativas de cuidado à saúde mental, por formas de sociabilidade já existentes ou a serem desenvolvidas, na garantia da assistência psicossocial. Implica então prestar “serviços de base territorial” (*ibidem*, p. 85), no espaço mesmo da comunidade, e não apenas dentro do espaço da Unidade de Saúde.

Neste sentido, a promoção de saúde mental pode ser fomentada através da interlocução das equipes de Saúde da Família, das equipes de Saúde Mental (NASF) e das estratégias comunitárias de produção de condições de vida saudáveis. Devem-se buscar ações de promoção de saúde mental também dentro dos CAPS, policlínicas e hospitais, como forma de fomentar a autonomia e qualidade de vida dos usuários e profissionais de saúde.

1.1.3. AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL

A promoção da saúde mental passa por ações coordenadas e efetivadas pela equipe de saúde da família, com apoio das equipes do NASF. É a partir da Equipe de Saúde da Família, das demandas e projetos por ela apontados, que o apoio matricial elabora estratégias de intervenção, priorizando o que é mais urgente e necessário para cada território. Por isso, faz-se premente que a equipe de saúde mental se envolva e colabore com a ESF também para identificar as demandas de Saúde Mental e as potencialidades de cada localidade.

As iniciativas de promoção de saúde mental passam por atividades de educação em saúde, nos mais diversos espaços, e de organização social e familiar. Destaca-se o cuidado especial às mudanças no ciclo de vida familiar e a preocupação com o trabalho com grupos, com ênfase na cooperação mútua. Importa que as pessoas e as comunidades de maneira geral possam, cada vez mais, cuidarem de sua própria saúde, ou seja, promoverem sua própria saúde, com condições de gerirem de forma mais eficaz sua existência.

Como se considera que a saúde mental é uma dimensão da saúde dos indivíduos e das populações cabe salientar que ações de promoção de saúde de maneira geral também promovem saúde mental, e devem ter o apoio da equipe matricial, reiterando a integralidade da atenção e do cuidado.

Os profissionais de saúde devem fomentar e estimular ações locais, reconhecendo a potencialidade dos recursos comunitários. As ações na comunidade se processam na vida cotidiana, através do relacionamento entre as pessoas, famílias, vizinhança, igreja, trabalho, escola, entre outros. Além desses, as comunidades têm utilizado para o seu bem estar, vários outros grupos com organização formal, como associações, clubes, organizações não

governamentais, grupos de autoajuda, de jovens, de idosos, de pais, e outros. É muito importante a utilização da infraestrutura de lazer existente nos locais, tais como parques, praças, centros de convivência, bibliotecas dentre outros, os quais propiciam a realização de atividades como oficinas de arte, literatura, artesanato, esporte, lazer, etc.

Ressalta-se, ainda, que toda ação curativa em Saúde Mental a um usuário é uma ação de Promoção da Saúde Mental da família (sistema familiar) deste usuário. Seguem algumas das atividades que podem ser desenvolvidas pela equipe de saúde da família com o apoio da equipe de saúde mental:

- Educação em Saúde;
- Promoção de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes:
 1. Grupos de cuidadores (e/ou Grupos de orientação e aconselhamento parental);
 2. Grupo de famílias;
 3. Grupos de Adolescentes;
 4. Trabalhar questões relacionadas à sexualidade (direitos reprodutivos).
- Promoção de Saúde Mental na maturidade e terceira idade:
 1. Preparação para aposentadoria;
 2. Grupos de cooperação mútua na terceira idade;
 3. Atividade física para idosos.
- Constituição da família, gravidez e puerpério:
 1. Planejamento familiar;
 2. Preparação para parto e puerpério (para receber a criança, organizar o sistema familiar, fortalecer os vínculos familiares...); e,
 3. Acompanhamento da família (e não só do bebê) durante o puerpério.
- Grupo de cooperação mútua
 1. Grupo de Mulheres (cooperação mútua);
 2. Grupo de orientação profissional; e,
 3. Formação em saúde para lideranças comunitárias, religiosas e pastorais.

1.1.4. AVALIAÇÃO INICIAL E AVALIAÇÃO DE RISCO

A Política Nacional de Humanização define o acolhimento como um modo de operar nos processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Isso significa que todas as pessoas que procurarem uma unidade de saúde devem ser acolhidas por um profissional da equipe técnica, que ouvirá e identificará a necessidade do indivíduo. Devem ser levadas em conta as expectativas do indivíduo e avaliados os riscos. A partir daí, o profissional deve se responsabilizar em dar uma resposta ao problema, de acordo com as necessidades apresentadas e os recursos disponíveis na rede.

O Ministério da Saúde ressalta que avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico, quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode necessitar de atendimento prioritário devido ao seu maior grau de risco e vulnerabilidade. Define ainda que a Avaliação com Classificação de Risco determine a agilidade no atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

1.2. ASSISTÊNCIA SOCIAL

A intersetorialidade propicia a ótima utilização dos recursos existentes, visando a maior integralidade e resolutividade. Nessa lógica, tem sido fundamental a atuação em conjunto da Secretaria de Saúde com a Secretaria de Assistência Social. As ações de Assistência Social no município de Porto Velho se apresentam conforme os diferentes níveis de complexidade presentes na Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004), que institui o Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Este tem como responsabilidade a articulação e organização de todas as ações socioassistenciais, as quais se dividem por suas especificidades e tipos de proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

1.2.1. PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

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

1.2.1.1. PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS FAMÍLIAS (PAIF)

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

- a. CRAS Elizabeth Paranhos: Arigolândia, Balsa, Costa e Silva, Caiari, Centro, Embratel, Liberdade, Nacional Industrial, Nova Esperança, São João Bosco, São Sebastião I e II, Panair, Pedrinhas, Militar.
- b. CRAS Betinho: Cidade Jardim, Cascalheira, Marcos Freire, Mariana, Ronaldo Aragão, São Francisco, Ulisses Guimarães, Flamboyant, Airton Senna.
- c. CRAS Irmã Dorothy: Aponiã, Igarapé, Esperança da Comunidade, Escola de Polícia, Jardim Santana, Jardim Ipanema, Pantanal, Planalto, Teixeirão, Flodoaldo Pontes Pinto, Rio Madeira, Km – 01.
- d. CRAS Paulo Freire: Cuniã, JK I e II, Lagoinha, Socialista, Tiradentes, Tancredo Neves, Três Marias, Lagoa, Nova Porto Velho, Agenor de Carvalho, Jardim das Mangueiras I e II, Nossa Senhora das Graças.
- e. CRAS Dona Cotinha: Aeroclubes, Areia Branca, Areal da Floresta, COHAB, Cidade do Lobo, Conceição, Castanheira, Cidade Nova, Caladinho, Jardim Eldorado, Eletronorte, Floresta, Novo Horizonte, Vila Tupi, Tucumanzal, Mato Grosso, Mocambo, Roque, Santa Bárbara, Areal, Triângulo, Baixa União.
- f. CRAS Jaci Paraná: Distrito de Jaci Paraná.

Salienta-se que o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) deve promover a descentralização do Programa Bolsa Família, atendendo assim os beneficiários em seu território de abrangência, inclusive os demais programas de reinserção social devem ser ofertado no CRAS de referência respeitando o matriciamento da Rede Socioassistencial. São nos CRAS que são desenvolvidos grupos de idosos, adolescente, mães, e etc., para o fortalecimento dos vínculos comunitários e potencialização dos aspectos comunitários. É obrigação dos CRAS atender todos os beneficiários do Programa Bolsa Família e verificar se está havendo respeito às condicionalidades para o recebimento do recurso do Programa Bolsa Família.

1.2.1.2. SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

Serviço realizado em grupos, organizado a partir de etapas, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. Forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta os usuários na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais e coletivas, na família e no território. Organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Possui caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social.

1.2.1.3. SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS

O serviço tem por finalidade a prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Visa a garantia de direitos, o desenvolvimento de mecanismos para a inclusão social, a equiparação de oportunidades e a participação e o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas, a partir de suas necessidades e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, a exclusão e o isolamento.

O serviço deve contribuir com a promoção do acesso de pessoas com deficiência e pessoas idosas aos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos e a toda a rede socioassistencial, aos serviços de outras políticas públicas, entre elas educação, trabalho, saúde, transporte especial e programas de desenvolvimento de acessibilidade, serviços setoriais e de defesa de direitos e programas especializados de habilitação e reabilitação. Desenvolve ações extensivas aos familiares, de apoio, informação, orientação e encaminhamento, com foco na qualidade de vida, exercício da cidadania e inclusão na vida social, sempre ressaltando o caráter preventivo do serviço.

1.2.2. PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Desenvolve serviços de média e alta complexidade, geralmente no Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS.

1.2.2.1. PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

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

a. *Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)*: Serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as deixam vulneráveis e/ou as submetem a situações de risco pessoal e social.

b. *Serviço Especializado em Abordagem Social*: Serviço ofertado, de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras. Deverão ser consideradas praças, entroncamento de estradas, fronteiras, espaços públicos onde se realizam atividades laborais, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércio, terminais de ônibus e outros. O Serviço deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos.

c. *Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC)*:

O serviço tem por finalidade prover atenção socioassistencial e acompanhamento a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas judicialmente. Deve contribuir para o acesso a direito e para a ressignificação de valores na vida pessoal e social dos adolescentes e jovens. Para a oferta do serviço faz-se necessário a observância da responsabilização face ao ato infracional praticado, cujos direitos e obrigações devem ser assegurados de acordo com as legislações e normativas específicas para o cumprimento da medida. Na sua operacionalização é necessária a elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA) com a participação do adolescente e da família, devendo conter os objetivos e metas a serem alcançados durante o cumprimento da medida, perspectivas de vida futura, dentre outros aspectos a serem acrescidos, de acordo com as necessidades e interesses do adolescente.

d. *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI*: articula um conjunto de ações para retirar crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos da prática do trabalho precoce, exceto quando na condição de aprendiz, a partir de 14 anos. O programa compreende transferência de renda – prioritariamente por meio do Programa Bolsa Família –, acompanhamento familiar e oferta de serviços socioassistenciais, atuando de forma articulada com estados e municípios e com a participação da sociedade civil.

e. *Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias*: Serviço para a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, tais como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas no seio da família, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de estresse do cuidador, desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia.

f. *Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua*: Serviço ofertado para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida. Oferece trabalho técnico para a análise das demandas dos usuários, orientação individual e grupal e encaminhamentos a outros serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas que possam contribuir na construção da autonomia, da inserção social e da proteção às situações de violência.

g. *Centro-dia de Referência*: É uma unidade que oferta serviço às pessoas com deficiência, que devido à situação de dependência de terceiros, necessitam de apoio para a realização de cuidados básicos da vida diária, como os autocuidados, arrumar-se, vestir-se, comer, locomover-se, e etc., também de apoios para o desenvolvimento pessoal e social, como levar a vida da forma mais independente possível, favorecendo a integração e a participação do indivíduo na família, no seu entorno, em grupos sociais, incentivo ao associativismo, dentre outros apoios.

- Cuidado (Pessoas com Deficiência): pessoas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, obstruem sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

- Cuidador familiar como pessoa da família com esta função e/ou profissional contratado para a prestação de serviços e atenção à pessoa com deficiência.

1.2.2.2. PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

a. *Serviço de Acolhimento Institucional*: acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. A organização do serviço deverá garantir privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual. O atendimento prestado deve ser personalizado e em pequenos grupos e favorecer o convívio familiar e comunitário, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local. As regras de gestão e de convivência deverão ser construídas de forma participativa e coletiva, a fim de assegurar a autonomia dos usuários, conforme perfis. Devem funcionar em unidade inserida na comunidade com características residenciais, ambiente acolhedor e estrutura física adequada, visando o desenvolvimento de relações mais próximas do ambiente familiar. O serviço de Acolhimento Institucional pode ser do tipo: Abrigo Institucional (para crianças e adolescentes); Casa-Lar (crianças e adolescentes); Casa de Passagem (para adultos e famílias); Albergue (para adultos e famílias); Abrigo Institucional (para mulheres em situação de violência); e, Residência Inclusiva (jovens e adultos com deficiência; e idosos). No entanto, o serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes pode ser desenvolvido para um grupo de até 10 crianças e/ou adolescentes ou em uma unidade

institucional semelhante a uma residência, destinada ao atendimento de grupos de até 20 crianças e/ou adolescentes.

b. *Serviço de Acolhimento em República:* Serviço que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas maiores de 18 anos em estado de abandono, situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados e sem condições de moradia e autossustentação. O atendimento deve apoiar a construção e o fortalecimento de vínculos comunitários, a integração e participação social e o desenvolvimento da autonomia das pessoas atendidas. O serviço deve ser desenvolvido em sistema de autogestão ou cogestão, possibilitando gradual autonomia e independência de seus moradores. Deve contar com equipe técnica de referência para contribuir com a gestão coletiva da moradia (administração financeira e funcionamento) e para acompanhamento psicossocial dos usuários e encaminhamento para outros serviços, programas e benefícios da rede socioassistencial e das demais políticas públicas.

c. *Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora:* serviço que organiza o acolhimento de crianças e adolescentes, afastados da família por medida de proteção, em residência de famílias acolhedoras cadastradas. É previsto até que seja possível o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção. O serviço é o responsável por selecionar, capacitar, cadastrar e acompanhar as famílias acolhedoras, bem como realizar o acompanhamento da criança e/ou adolescente acolhido e sua família de origem.

d. *Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências:* o serviço promove apoio e proteção à população atingida por situações de emergência e calamidade pública, com a oferta de alojamentos provisórios, atenções e provisões materiais, conforme as necessidades detectadas. Assegura a realização de articulações e a participação em ações conjuntas de caráter intersetorial para a minimização dos danos ocasionados e o provimento das necessidades verificadas.

e. *Centro de Referência Especial em Assistência Social à População de Rua (CREAS-Pop):* tem como seu público alvo pessoas em situação de rua de ambos os sexos na faixa etária acima de 18 anos, que perderam todo o vínculo familiar, suas raízes e sua dignidade, que estão em alto nível de vulnerabilidade social, degradação física, moral e emocional, na sua grande maioria são adictos e usuários de drogas. O CREAS-Pop oferta seus serviços para 50 ou 100 pessoas e tem como objetivo proporcionar a reintegração pessoal, social e familiar, garantindo a essa população condições básicas de sobrevivência.

1.3. EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL

O ensino fundamental é a etapa da educação básica que envolve crianças e adolescentes entre 06 e 14 anos num período no qual se deve desenvolver a capacidade de aprendizado da criança e/ou adolescente, por meio do desenvolvimento de habilidades relacionadas a leitura, escrita e cálculos.

A partir da Lei nº 11.114 do ano de 2005 ficou determinada a duração de nove anos para o ensino fundamental, o que possibilitou um tempo mais longo de convívio escolar e mais oportunidades de ensino e aprendizagem.

Mediante os princípios constitucionais, as Leis de Diretrizes e Bases regularizam a educação brasileira através da Lei nº 9.394, datada de 20 de dezembro de 1996 tornando o ensino fundamental obrigatório e tendo por objetivo principal a formação básica do cidadão.

A organização do ensino fundamental divide-se em dois ciclos, sendo os primeiros cinco anos conhecido como séries iniciais e o segundo sendo equivalente aos anos nos quais o trabalho pedagógico é desenvolvido por uma equipe de professores especialistas em diferentes disciplinas.

É neste contexto que deparamo-nos com problemas relacionados ao processo de ensino e aprendizagem que podem ser reflexo de dificuldades na maturação de desenvolvimento e por vezes irão influenciar profundamente no desenvolvimento de habilidades da criança, assim como também podem sinalizar a necessidade de adoção de outras intervenções para superação do problema.

Dessa forma, o acompanhamento da criança junto à escola é de suma importância na prevenção de dificuldades futuras e também se deve considerar a possibilidade de avaliação psicoeducacional nos Centros de Atendimento Especializado da Secretaria Municipal da Educação, pela escola municipal, promovendo a troca de informações entre os serviços de saúde e de educação para a construção de uma prática dialógica e permeada pela interdisciplinaridade.

1.3.1. EDUCAÇÃO ESPECIAL

Conforme define a Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996 em seu artigo 58, entende-se por educação especial a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino que tem por objetivo oferecer, quando necessário, serviços de apoio

especializado, na escola regular, para atender as peculiaridades da clientela de educação especial.

Assim, os sistemas de ensino deverão assegurar aos educandos com necessidades especiais entre outras coisas: currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específica para atender às suas necessidades. Este serviço busca ainda identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando as suas necessidades específicas.

O Atendimento Educacional Especializado - AEE é uma modalidade de ensino que perpassa todos os níveis e etapas da educação básica e superior, disponibilizando recursos próprios e possibilitando a ampliação de oportunidades de escolarização por meio de apoio especializado, oferecendo formação para inserção no mundo do trabalho e efetiva participação de alunos com deficiência.

Conforme as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, na modalidade Educação Especial, considera-se público-alvo do AEE:

- a. Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial;
- b. Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e transtornos invasivos sem outra especificação; e,
- c. Alunos com altas habilidades/superdotados: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade.

A Educação Especial se expressa por meio de serviços de intervenção precoce, que objetivam aperfeiçoar o processo de desenvolvimento e aprendizagem, em interface com os serviços de saúde e assistência social. Neste contexto, a Sala de Recursos Multifuncionais – SRM configura-se como espaços físicos localizados nas escolas públicas onde se realiza o Atendimento Educacional Especializado – AEE ao estudante no horário oposto ao ensino regular.

Estas salas possuem mobiliário, materiais didáticos e pedagógicos, recursos de acessibilidade e equipamentos específicos para o atendimento dos alunos que são público alvo da Educação Especial e que necessitam do AEE no contra turno escolar. A própria escola bem

como a Divisão de Ensino Especial poderá providenciar a inserção o estudante na Sala de Recursos fortalecendo assim a política de educação inclusiva tendo em vista sua característica de não substituição do espaço da sala de aula comum e sim como complementação da mesma.

1.4. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Competências/atribuições que existem no momento:

- Garantir as internações hospitalares, definindo cotas para o município de Porto Velho, conforme índices populacionais e epidemiológicos;
- Fornecimento de medicações de controle especial de alto custo;
- Atendimento de emergência em hospitais gerais;
- Regulação dos Leitos de Saúde Mental para atendimento a RAPS municipal;
- Coordenar Grupo de Trabalho sobre Desinstitucionalização.

1.5. CONTROLE SOCIAL

O Controle Social no campo da saúde mental, na atual conjuntura de luta pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica, deve ser pensado e exercido por meio de instâncias como as Conferências de saúde, os conselhos municipais e locais de saúde, espaços de ação política e social (Ministério Público, Defensorias, Aparelhos Parlamentares, OAB, entre outros) para o avanço cultural contra o estigma e segregação da loucura na sociedade, em geral, e para a efetivação de políticas públicas que expressem a condição local da realidade.

Considerando o princípio da participação popular no SUS e reconhecendo sua importância vital para a defesa e legitimidade do sistema, depara-se com certas necessidades como: a discussão com a população em torno dos problemas que vão surgindo e sendo expresso, o bom vínculo entre os trabalhadores, gestores e a população e, principalmente, a percepção de uma missão conjunta destes para a construção e operacionalização de um modelo que corresponda às reais necessidades e desejos da comunidade.

A compreensão de controle social como democracia e participação reporta à ideia de gerência pelo povo nas ações da comunidade em espaços já delimitados, em instâncias atreladas ao Estado. Assim, o controle social em saúde é entendido como a possibilidade de participação na gestão do SUS por parte de toda a sociedade.

É a capacidade que a sociedade tem de influenciar o planejamento e gestão da coisa pública, alargando as possibilidades na construção de uma esfera verdadeiramente pública.

A participação popular, como um dos princípios do SUS, é de extrema importância para que ocorram consolidações de políticas públicas, no que diz respeito em dar respostas às necessidades de saúde do país. Pode ser feita por várias vias:

1.5.1. CONFERÊNCIAS DE SAÚDE (MUNICIPAL - ESTADUAL - NACIONAL)

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, conforme Lei nº. 8.142/90. Neste ínterim, acontecem as conferências temáticas, onde temos quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, sendo a última a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, realizada em 2010.

1.5.2. CONSELHOS DE SAÚDE

Conforme a Lei nº. 8.142/90 os Conselhos de Saúde são de caráter permanente e deliberativo, tendo como funções a formulação de diretrizes e estratégias e controle da execução da política de saúde. De acordo com Campos (1997, p.149) os conselhos se constituem no “[...] canal de participação legalmente constituído para o exercício da gestão democrática”, reconhece que os conselhos paritários se apresentam como espaços privilegiados para o exercício político, e por que não dizer de sujeitos políticos. Estes conselhos paritários e deliberativos são iniciativas que possibilitam, mesmo em uma esfera restrita, o estabelecimento de novos fóruns de participação e de novas formas de relacionamento entre o Estado e a sociedade civil.

Outro espaço de produção e exercício do controle social são os movimentos sociais, considerados como redes de ações, mosaicos formados por indivíduos e grupos que, em estado de latência, questionam, no cotidiano, as lutas e reflexões acerca da realidade social. A visibilidade ocorre nas ocasiões de mobilizações coletivas que trazem à esfera pública, a partir de manifestações, protestos, encontros e eventos, a condensação, e as recriações deste mundo latente. O movimento da luta antimanicomial é um exemplo desse tipo de organização.

1.6. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Doenças Crônicas, se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. Para toda a sociedade, o número de mortes prematuras e de incapacidades faz com que o enfrentamento das “novas epidemias” demande significativos investimentos em pesquisas, vigilância em saúde, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável. As intervenções a seguir visam a reduzir o impacto das doenças neuropsiquiátricas na qualidade de vida do município de Porto Velho:

1.6.1. COMPETÊNCIAS DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DANT)

- Contribuir na elaboração de políticas, estratégias e ações integradas que fortaleçam ações de prevenção e controle das doenças mentais;
- Monitorar, acompanhar e avaliar estratégias de promoção de saúde e vigilância dos transtornos mentais;
- Desencadear e desenvolver pesquisas e estudos para a produção de conhecimentos, evidências e práticas no campo da vigilância dos transtornos mentais;
- Proceder à divulgação, educação e comunicação de informações que propiciem a redução de danos, estimulando iniciativas protetoras e promotoras de saúde;
- Operacionalizar as ações voltadas para a identificação de risco social e ou sanitário a fim de diminuir a morbimortalidade por causas relacionadas aos transtornos mentais;
- Assumir corresponsabilidade frente às ações de promoção de saúde mental, para operacionalizar com regularidade estudos e pesquisas sobre a morbimortalidade ocasionadas por transtornos mentais no Município.

1.6.2. AÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL

- Realização de Inquéritos de fatores de risco da população em geral a cada dois anos;
- Conhecer e fiscalizar equipamentos existentes no Município que prestam assistência à saúde mental, bem como a aplicação da Lei Federal nº 9294/96 de ambientes livres do tabaco;
- Desenvolver ações de educação e comunicação na grande mídia sobre práticas de prevenção que superem estigmas;
- Realizar pesquisas avaliativas e desenvolver materiais educativos dando sustentação às execuções das ações;
- Produção de material educativo e desenvolvimento de campanhas para populações específicas;

- Monitoramento e vigilância das tendências de consumo de álcool, drogas e tabaco e efeitos na saúde, economia e meio ambiente;
- Organização dos sistemas de informação e vigilância no Município ou parcerias com a rede assistencial.

1.6.3. PROPOSTA DA VIGILÂNCIA COMO INDICADORES SAÚDE MENTAL

- Número de atendimentos/chamadas pelo SAMU;
- Índice de atendimentos do CAPS II, infantil, álcool e outras drogas do Município;
- Número de óbitos por suicídio;
- Número de tentativas de suicídio;
- Taxa de internação/reinternação hospitalar.

2. SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

2.1. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

Como espaço no território de produção de saúde, não só geográfico, mas sim um “lugar” na comunidade, a UBS deve ser compreendida como um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Pois assim como desenvolve ações de promoção a saúde, prevenção e cuidado voltadas à gestação e puerpério, hipertensão arterial, diabetes mellitus, e tantas outras doenças ou problemas de saúde, deve desenvolver entre suas atribuições estratégias e temáticas que abordem a saúde mental, seus transtornos, o uso problemático de drogas e a dependência química.

As ações de saúde no território de abrangência da UBS têm como função a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania a pessoa em sofrimento psíquico e ou transtorno mental independente de sua gravidade. Privilegiando como objetivos a acessibilidade do usuário, atenção integral por equipe de saúde multiprofissional e interdisciplinar, hierarquização da demanda (referência e contrarreferência), maior resolubilidade das intervenções psicossociais e diminuição do estigma social. O plano de trabalho/ação da UBS deve ser voltado para estratégias de inclusão social, desinstitucionalização e de Redução de Danos, com o objetivo de qualificar a atenção em saúde por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e vinculação do usuário.

Metas e Atividades:

- Ações de educação/orientação com temática em saúde mental e diminuição do estigma;
- Diminuir as barreiras (processos de trabalho equivocados) ao acesso ao usuário;
- Diminuir no tempo de espera para atendimento/consultas, com reserva de vagas para atendimento preferencial para pessoas com transtorno mental;
- Monitorar a assistência farmacêutica prestada e o uso racional de psicofármacos;
- Orientação do fluxo de atendimento a serviços complementares e de especialidades (NASF, CAPS, CRAS, CREAS); e,
- Privilegiar a elaboração de Plano de Cuidado/Terapêutico Individual.

2.2. EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentro da Rede de Atenção a Saúde (RAS) a Atenção Básica constitui-se como porta de entrada, desta maneira a equipe de SF deve estar alerta para detectar em sua área de abrangência a presença de pessoas com sintomas agudos de transtornos mentais como:

alucinações, delírios e alteração de comportamento, que poderão refletir em prejuízo no exercício das atividades de vida diária, ocupacional e social. Depois de excluídas possíveis causas clínicas não psíquicas, a equipe de SF deverá solicitar apoio à equipe do NASF e posteriormente ao CAPS, de acordo com o caso.

Objetivos da Saúde Mental na Atenção Básica:

- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional;
- Mudança do modelo médico centrado, ou seja, médico-paciente para a lógica multidisciplinar e interdisciplinar, ou seja, equipe-usuário.

As pessoas que apresentam quadro psicótico estável, em tratamento de manutenção e que mantêm um bom funcionamento para as atividades da vida diária serão atendidas pelas equipes de ESF, levando em consideração a adesão ao tratamento, supervisão da medicação, a detecção da presença de efeitos colaterais, a percepção de retraimento, isolamento social e prejuízo da situação ocupacional, desde que assegurado apoio da equipe de saúde mental do NASF a cada 6 a 12 meses ou quando necessário:

- Quando não for possível a avaliação em conjunto com a equipe de saúde mental de pessoas com manifestações psicóticas agudas ou com sofrimento intenso, a equipe de SF deverá instituir procedimentos terapêuticos como acolhimento de forma diferenciada.
 - O tratamento deve ser instituído após discussão com a pessoa e seu cuidador.
 - O apoio da equipe de saúde mental (NASF ou CAPS) se necessário deverá ser acionado assim que possível;
 - Pessoas com dificuldades de deslocamento, que necessitem de visita domiciliar deverão ser acompanhadas pelas equipes de SF, na lógica da clínica ampliada;
 - A monitorização regular de outras intercorrências clínicas também é essencial;
 - Cuidadores também devem receber apoio e ser orientados regularmente pela equipe de SF;
 - Os médicos generalistas deverão estar atentos para o diagnóstico e tratamento de pessoas com transtorno mental, bem como a detecção de situações de urgência como crise psicótica aguda, intoxicações, agressividade exacerbada e risco de suicídio, tomando as devidas providências que o caso necessite e encaminhamento ao serviço de referência extra e ou hospitalar.
 - Os enfermeiros deverão estar atentos para a detecção de sinais e sintomas de crise psicótica aguda, intoxicações agudas, agressividade exacerbada, risco de suicídio e ausência nos serviços (abandono de tratamento). Bem como coordenar as equipes de ACS para observar quaisquer alterações comportamentais nos usuários em acompanhamento longitudinal.

- Os agentes comunitários deverão estar atentos para a detecção de crise psicótica aguda e ausência nos serviços (abandono de tratamento).

2.3. EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÕES EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

2.3.1. EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA

Segundo a Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011, a equipe de consultório na Rua é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial é responsabilidade da Equipe do Consultório na Rua ofertar cuidados em saúde mental para (I) pessoas em situação e rua em geral; (II) pessoas com transtornos mentais e (III) usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como UBS, CAPS, PS, entre outros.

O Consultório na Rua é uma proposta que procura ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica. As equipes de Consultórios na Rua (eCR) devem realizar as atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizar as instalações das Unidades Básicas do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes dessas unidades e devem cumprir carga horária mínima semanal de 30 horas. O horário de funcionamento deve se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana. As equipes poderão ser compostas pelos seguintes profissionais:

- Enfermeiro;
- Psicólogo;
- Assistente social;
- Terapeuta ocupacional;
- Médico;
- Agente social;
- Técnico ou auxiliar de enfermagem; e,
- Técnico em saúde bucal.

2.4. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Segundo a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que

atuam de maneira integrada, sendo responsáveis por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes das unidades nas quais o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de atuações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

As pessoas que apresentam quadro clínico estável, em tratamento de manutenção e que mantêm um bom funcionamento para as atividades da vida diária serão atendidas pelas equipes de ESF, com o apoio da equipe de saúde mental do NASF. Quando um paciente em quadro agudo é acompanhado somente na atenção básica, uma avaliação da equipe de saúde mental do NASF deve ser considerada nos casos de:

- Períodos de atividade excessiva, comportamento expansivo durando pelo menos quatro dias, com ou sem períodos de depressão;
- Três ou mais episódios depressivos recorrentes no contexto de história de hiperatividade e comportamento expansivo;
- O funcionamento de o paciente declinar significativamente ou sua condição responder pouco ao tratamento;
- Má aderência terapêutica;
- Comorbidade com álcool e/ou uso abusivo de drogas;
- O paciente estar considerando interromper a medicação depois de um período de relativa estabilidade do humor. Pessoas egressas de internação psiquiátrica capitadas na Saúde da Família deverão ser encaminhadas ao CAPS para avaliação logo após a alta hospitalar.

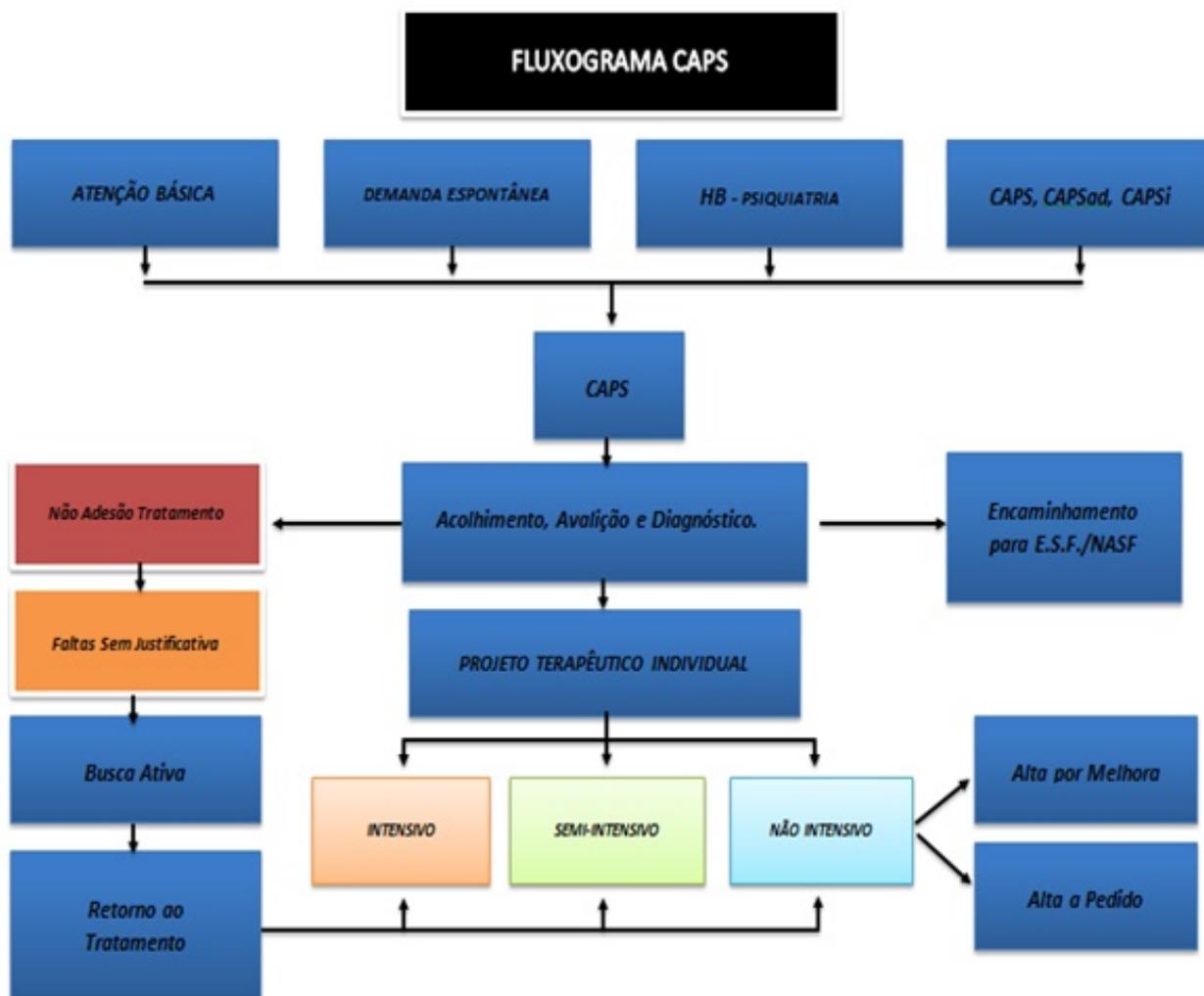
2.5. ALTA HOSPITALAR

Pessoas egressas de internação psiquiátrica recebidas na Saúde da Família deverão ser encaminhadas ao CAPS para avaliação logo após a alta hospitalar.

3. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

Sob a gestão desta Secretaria Municipal de Saúde até a presente data de publicação deste Protocolo Municipal da Rede de Cuidado em Saúde Mental, existem três serviços Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II: um para transtornos mental do público em geral, um destinado à infância e adolescência e um para acolher pessoas que fazem uso problemático de álcool, crack e outras drogas.

FIGURA III: FLUXOGRAMA DO CAPS



Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços substitutivos ao modelo de internação asilar, em regime de atendimento ambulatorial a pessoas com transtorno mental grave e persistente, antes estigmatizados como “loucos” e na modernidade “doentes mentais”. Partimos do pressuposto que o modelo de manicomial e as antigas práticas hospitalares

constituíam-se em ambientes antiterapêutico, tanto em ideologia quanto em sua prática de isolamento social do doente mental. Por isso a necessidade de criação de serviços especializados de base comunitária e voltados à inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico intenso.

Os CAPS antes vistos como principal responsável e ordenador da estratégia de Saúde Mental no território ou região de saúde, deve ser compreendido atualmente como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, assim como a Estratégia de Saúde da Família, ampliando o acesso e cogestão da atenção psicossocial (Brasil, 2011).

Sendo assim, os CAPS devem:

- Ordenar o cuidado de responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica;
- Ser constituído por equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- Funcionar em regime de tratamento para usuários: *Intensivo*, *Semi-intensivo*, e *Não intensivo*;
- Desenvolver o cuidado por meio de *Projeto Terapêutico Individual ou Singular* (PTIS), envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família;
- Priorizar espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe);
- Realizar acolhimento, acompanhamento longitudinal dos casos e prevenção a crise e recaídas;
- Atuar no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às Equipes SF e NASF;
- Articular ações com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (assistência social, urgência e emergência, escolar, etc.).

3.1. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II PORTO VELHO (TRÊS MARIAS)

Destinado a usuários adultos (acima de 17 anos) com transtornos mentais severos e persistentes que relacionados ou não diretamente ao abuso de álcool e/ou outras drogas, salientando que o serviço de referência da demanda de abuso de álcool e/ou outras drogas será o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad) e demais estabelecimentos da rede intersetorial para sua reinserção social.

- *CAPS II*: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

3.1.1. ACOLHIMENTO

Ao procurar ajuda no CAPS o paciente recebe um primeiro atendimento feito por profissional de nível superior (Enfermeiro, Assistente Social, Psicólogo ou outro profissional) que fará a escuta e devidas orientações que o caso requerer, podendo o profissional prosseguir a anamnese e iniciar o seu PTIS ou encaminhar este paciente a outras redes de saúde.

As demandas que chegam ao CAPS são de várias maneiras, entre elas: encaminhamento, espontânea e via judicial, podendo o paciente ser referenciado a outro serviço de assistência que o caso em particular necessite. A contrarreferência não significa o repasse da responsabilidade, mas sim o fortalecimento da RAPS e responsabilidade conjunta em todos os pontos. O acolhimento é o primeiro contato do paciente com o CAPS, constituindo um meio de “ganhar a confiança” do paciente e da família, bem como a eliminação de tabus quando à saúde mental.

3.1.2. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

A avaliação e diagnóstico tem como objetivo a investigação psicossocial adequada que cada caso individual e familiar requeira, para as devidas intervenções psicológicas, sociais, clínicas e complementares: medicamentosa e encaminhamentos. A avaliação será realizada por equipe multidisciplinar, utilizando-se das diversas ferramentas metodológicas, com: acolhimento, a escuta qualificada por profissional da saúde mental ao usuário, familiares ou cuidador, entrevista semiestruturada, instrumental (formulário apropriado, prontuário, entre outros).

O diagnóstico não deve estar arraigado à precisão inflexível, mas sim observar e estar imbricado com as impressões de um *diagnóstico diferencial*, organizando todos os diagnósticos possíveis, em ordem decrescente de probabilidade, de forma que o melhor diagnóstico possível de acordo com a história, sinais e sintomas do adoecimento mental.

O melhor diagnóstico possível deverá compreender a melhor adesão ao tratamento, prognóstico, evolução e curso do transtorno mental, com o objetivo de subsidiar a escolha do tratamento possível na RAPS. O diagnóstico deverá diferenciar transtornos mentais episódicos e reativos, daqueles crônicos.

A determinação do diagnóstico diferencial primário de um transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões clínicos aceitos internacionalmente (CID 10, DSM V, etc.). Observando os seguintes critérios:

- O diagnóstico nunca deverá fortalecer preconceitos e juízos de valor que depreciem o paciente;
- A determinação de um transtorno mental nunca deverá ser feita com base no status econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa;
- Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa;
- Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação para diagnóstico principal atual; e,
- Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas consequências.

3.1.3. PRINCÍPIOS ÉTICOS E TÉCNICOS DA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO:

- Deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes princípios à confidencialidade das informações que lhes concernem;
- Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental; e,
- O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal e cidadania.

3.1.4. TRATAMENTO

De acordo com a frequência de participação no serviço conforme preconizado pela Portaria 336/02, pode ser:

- *Tratamento Intensivo:* Oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.
- *Tratamento Semi-intensivo:* Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia.
- *Tratamento Não Intensivo:* Oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho.

3.1.5. MODALIDADE DE ATENDIMENTO EM GRUPO

Grupo da Família (GF): o grupo visa apoiar a família do paciente objetivando por meio de atividades educativas, lúdicas e temáticas, buscar melhorar adesão do paciente ao tratamento, permitir um processo de aprendizagem contínuo em ambas às partes (equipe, família e paciente), atuar como facilitadores no fortalecimento da RAPS, Contribuir para desmistificar o processo saúde/doença mental, melhor compreensão em relação à conduta e comportamento do paciente.

Grupo de Hidroginástica - “HidroCAPS”: Utilizando a modalidade terapêutica hidroginástica os pacientes realizam as atividades em grupos, com o intuito de criar um ambiente que proporcione integralização e ressocialização dos pacientes, combatendo o isolacionismo e proporcionando bem-estar mental e social.

3.1.6. ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE

Primeiramente realizar abordagem de acordo com o estado do paciente (crise de agitação psicomotora, ansiedade, agressividade auto e heterodirigida) e observar se o mesmo tem histórico de agressividade ou de tentativas de autoextermínio. Não fazer julgamento e tentar uma abordagem amistosa passando sempre segurança e confiança – saber ouvir o paciente e estar disponível. Após a observação do quadro, iniciar o manejo com “contenção verbal” (tirá-lo do delírio e manter contato verbal), e necessário contenção medicamentosa e a última tentativa será a contenção física. São etapas que podem acontecer simultânea ou diretamente. Solicitar apoio familiar em todos os casos.

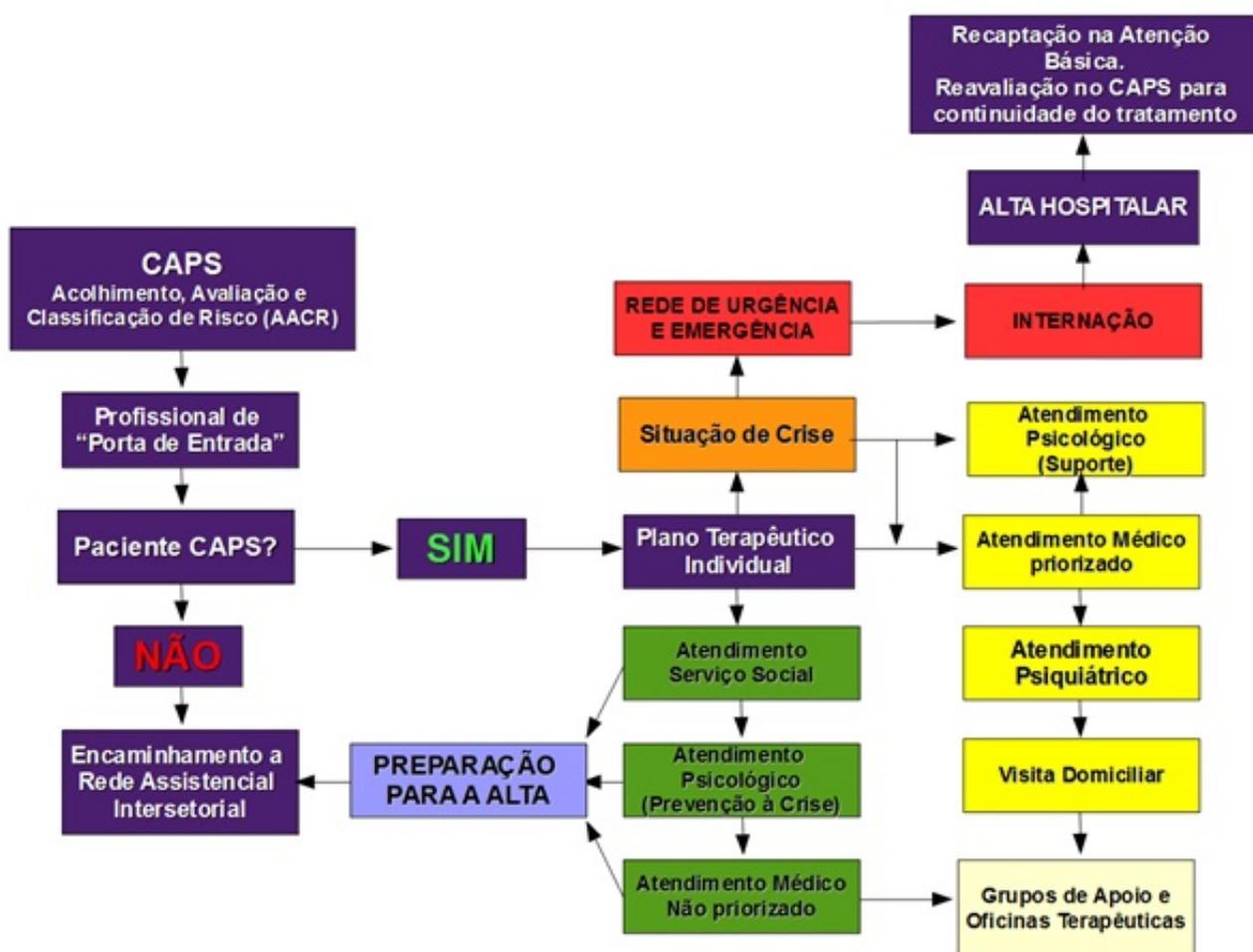
3.1.7. ATENDIMENTO, CONSULTAS E ACOLHIMENTO INDIVIDUAL.

O acompanhamento longitudinal do usuário em sofrimento psíquico ou em quadro de grave transtorno mental deverá respeitar os seguintes princípios:

- Todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive;
- Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo a sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível;
- Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural;

- Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros;
- O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado; e,
- Todo usuário será protegido de danos, inclusive de medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

FIGURA IV: FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO, AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



3.1.8. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Assistente Social: Realiza o acolhimento, faz orientações (a família/cuidador e ao paciente), informações e encaminhamentos (CRAS, CREAS, Centro de Referência da Mulher, do Idoso e outros), participação de grupos socioeducativos. Realiza também visita institucional e domiciliar.

Enfermeiro: Realiza o acolhimento, consulta de enfermagem, informações e orientações à família e ao paciente, visita domiciliar e institucional e participação em grupos socioeducativos. Atua também no manejo da crise do paciente e elaboração do PTIS.

Médico Psiquiatra: Realiza consulta médica e o diagnóstico que auxiliará na classificação do tratamento e na formulação do PTIS. Também fará a solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhará os pacientes a outras especialidades. Poderá atuar nos estudos de casos e no direcionamento da terapêutica adequada com base na integralidade e individualidade.

Psicólogo: Realiza acolhimento de novos pacientes, oferece atendimento psicológico individual e/ou em grupo aos usuários deste CAPS, bem como o apoio psicológico aos familiares quando necessário. Oferece orientação quanto à importância da regularidade do tratamento e uso correto da medicação conforme prescrição médica aos usuários e familiares. Realizar discussões de casos com equipe multiprofissional, visando oferecer melhor tratamento ao usuário.

3.1.9. AÇÕES COMPLEMENTARES

Ações de Matriciamento na Saúde da Família: Matriciamento ou Apoio Matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica terapêutica (Brasil, p. 13, 2011). As ações de matriciamento estão ocorrendo de forma lenta e gradual, começando com visitas institucionais e compartilhamento dos casos.

Visita Domiciliar Multiprofissional Especializada: Realizada com intuito de conhecer as condições socioeconômicas do paciente, como o mesmo se porta em seu ambiente familiar, se o paciente aderiu ao tratamento ou está com dificuldades de estabelecê-lo (dificuldades encontradas), orientações à família quanto à patologia e o tratamento do paciente e esclarecimento de dúvidas (como funciona o CAPS e em períodos de crise/surto onde eles podem procurar ajuda).

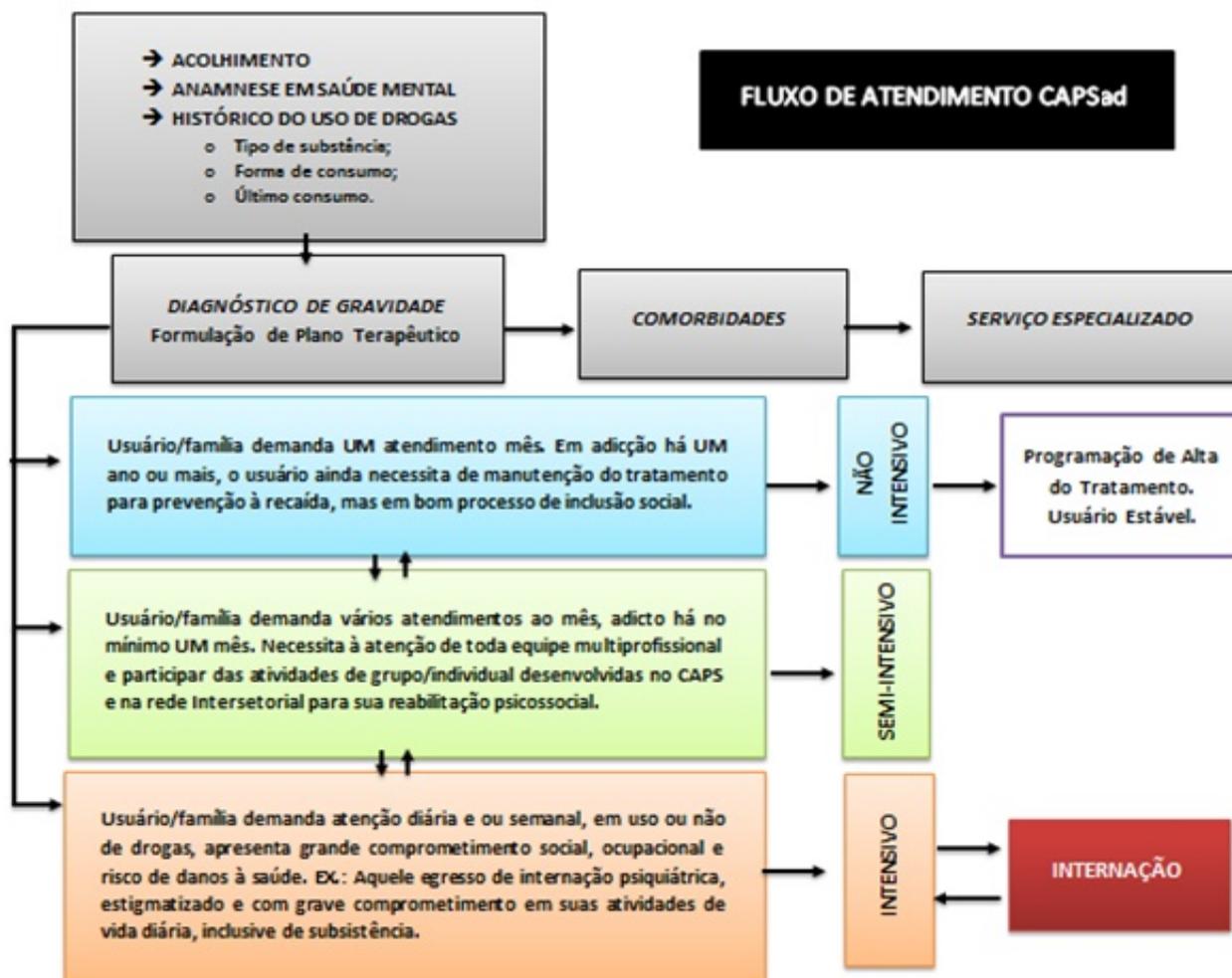
3.2. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSAD

O CAPSad atende adultos ou crianças e adolescentes (a partir de 17 anos), considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de

caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

3.2.1. ACOLHIMENTO

FIGURA V: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO CAPSAd



O acolhimento no CAPSAd realiza-se em congruência com a necessidade da especificação dos cuidados em saúde mental às particularidades dos usuários atendidos, funcionando de segunda a sexta feira, das 07h00m às 22h00m, tendo como público-alvo de atendimento: adultos e adolescentes (a partir dos 17 anos, acompanhados por responsáveis), ambos os sexos, com uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas, bem como comorbidades associadas.

Os usuários possuem acesso direto ao serviço, atendimento porta aberta, o que facilita e desburocratiza o acesso, porém, também são atendidos os pacientes encaminhados por outros serviços intersetoriais tais como: Unidades Básicas de Saúde (USB), Programa de

Saúde da Família (PSF), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), Comunidades Terapêuticas, Ministério Público, e Defensoria Pública.

Ao chegar ao CAPSad o usuário passa por todas as etapas que compõe o serviço: Acolhimento onde recebe uma atenção individualizada, voltada ao conhecimento do seu caso e se o CAPSad é o local indicado para atendê-lo. O acolhimento é o primeiro contato com o usuário no momento da sua procura pelo tratamento e é realizado por profissionais da equipe multidisciplinar, no qual é ofertado ao usuário um espaço para escuta, com objetivo de promover maior conhecimento da história de vida e da doença do indivíduo.

Esse primeiro contato auxilia na criação de vínculo entre o usuário e o serviço, o que reflete diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento. Durante o acolhimento, a pessoa também é orientada quanto à dinâmica do serviço.

Após o acolhimento, o usuário receberá orientação sobre a realização de avaliações aprofundadas por todos integrantes da equipe multidisciplinar a fim de que se discuta o projeto terapêutico, com todos os acompanhamentos necessários a demanda do seu caso.

3.2.2. TRATAMENTO

- *Tratamento Intensivo:* Destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem maior acompanhamento, com participação da família, seja de forma presencial no serviço, recebendo os atendimentos da equipe multiprofissional, com participação nos grupos terapêuticos, e com a manutenção de contato telefônico com o paciente e com os membros de sua família.

- *Tratamento Semi-intensivo:* Tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico individual, mas não precisam estar diariamente no CAPSad. O trabalho desenvolvido no tratamento *Semi-intensivo* prossegue e é fortalecido com estratégias que privilegiam a reinserção social, cultural e recuperação ampla do usuário.

- *Tratamento Não Intensivo:* Atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor, de acordo com a necessidade do paciente, e com participação nos grupos terapêuticos. As mudanças das fases do tratamento são realizadas de modo individualizado a partir de discussão ampla pela equipe multidisciplinar do CAPSad até o momento da alta.

3.2.3. MODALIDADE DE ATENDIMENTO EM GRUPO

Nesta modalidade de atendimento são realizadas atividades educativas ou de informação, reflexão e suporte, em que o espaço terapêutico possibilita ao indivíduo sua tomada de consciência como ser social. As atividades objetivam resgatar individualidades, descobrir potencialidades e desenvolver habilidades específicas.

Esses grupos visam possibilitar maior conhecimento e aceitação da doença; incentivar usuários desmotivados, despreparadas e desencorajadas para mudar de comportamento; promover maior percepção e conhecimento dos sintomas de recaída, técnicas de enfrentamento; auxiliar na reorganização da rotina de atividades de vida diária e produtiva; estimular a descoberta de novas habilidades e interesses; orientar no desempenho de atividades de higiene e autocuidado, planejamento e gerenciamento do tempo, no desenvolvimento e organização de planos e estabelecimentos de metas. Os grupos tem duração máxima de uma hora e trinta minutos.

Oficina Começar de Novo: Prover suporte de tratamento como atividade grupal que proporcione a socialização do paciente e facilitem o vínculo afetivo com profissionais e outros participantes. Visam também proporcionar a exteriorização de sentimentos (angustias, medos e insegurança), incentivar a criatividade, o contato e integração com o grupo. Promover a manutenção dos usuários dentro de um padrão de normalidade (evitar crise) e máximas condições de autonomia possível, com singularidade, possibilitando a redução dos sintomas, redução ou extinção de uso de fármacos, evitando internações, proporcionando a reintegração no seu grupo social e integrando a família ao tratamento. Desenvolvimento de autocontrole, autopercepção e autoestima.

Cronograma: Realizado 01 (uma) vez por semana.

Profissionais responsáveis: 01 (um) psicólogo e 01 (um) enfermeiro.

Oficina de Artes e Pintura: Tem como objetivo desenvolver o potencial criativo com o recurso de a expressão livre no fazer artístico. O processo vivenciado nas oficinas de criação artística possibilita a construção de uma autoestima mais positiva; o desenvolvimento de hábitos e habilidades estruturadoras; o desenvolvimento das habilidades motoras; a necessidade de concentração e o cumprimento de normas grupais. A produção artística é uma mediação, resgata a importância do trabalho e da criatividade, sua capacidade transformadora, sua capacidade de gerar valores. As oficinas serão realizadas nos CAPS, sendo organizado por grupos com no máximo de 10 participantes.

Cronograma: o grupo acontecerá 01 (uma) vez por semana nos 02 (dois) turnos.

Profissionais responsáveis: o grupo funcionará em forma de escala de profissionais do respectivo turno.

Oficina de Habilidades: As oficinas terapêuticas de habilidade, em suas atuações, buscam unir saúde, convívio social e cultura, transformar o conceito de saúde, assim como os conceitos de sanidade, qualidade de vida e inclusão, dando condições de uma possível transformação desse sujeito em um sujeito desejante e produtivo, digno de respeito e inclusão social. Nas oficinas terapêuticas de habilidades, o usuário tem a possibilidade de resgatar o seu desejo com o trabalho realizado dentro das mesmas, a produção e expressão livres e capacidades para o desempenho ocupacional desses usuários.

Cronograma: Realizado 01 (uma) vez por semana.

Profissionais responsáveis: 01 (um) psicólogo e 01 (um) profissional de nível técnico.

Grupo do Programa Municipal de Controle do Tabagismo: No PMCT o fumante participa de uma palestra aberta, com datas preestabelecidas e informadas aos interessados, onde recebe todas as informações referentes ao Programa e ao tratamento na prática. Decidindo aderir ao tratamento, todos os participantes são encaminhados para uma avaliação clínica inicial, onde o profissional de saúde realiza o diagnóstico do tabagismo a partir da história do paciente, do seu grau de dependência, do estágio motivacional para parar de fumar, da presença de comorbidades e a da indicação de apoio medicamentoso. Na metodologia do PMCT é realizado um teste mais detalhado para avaliação do grau de dependência à nicotina (*Teste de Fagerström*).

Cronograma: O paciente é encaminhado para 04 (quatro) sessões iniciais de grupo de fumantes, semanais, com 01 (uma) hora à 01 (uma) hora e 30 (trinta) minutos de duração; seguidas de 02 (duas) sessões quinzenais de manutenção. Na continuidade é agendada uma reunião mensal de prevenção da recaída até completar um ano.

Cabe ressaltar que o Programa Municipal de Controle do Tabagismo não deve estar restrito ao CAPSad, devendo-se estender por toda rede de atendimento em saúde (Prevenção, Promoção e Redução de Danos), respeitando as leis de ambiente livre de tabaco e do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

3.2.4. ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE

Quando um paciente procura o serviço em situação de crise, ou o serviço é acionado pela família, verifica-se com a equipe o profissional que estará mais apto a atendê-lo em sua

necessidade, quando a situação exigir procedimentos mais complexos, acionam-se os serviços de resgate de pacientes e orienta-se aos familiares quanto aos procedimentos que deveram ser tomados.

3.2.5. ATENDIMENTO, CONSULTAS E ACOLHIMENTO INDIVIDUAL.

Esta modalidade de atendimento inclui assistência psiquiátrica, psicológica, assistência clínica, de enfermagem e demais orientações. Inicialmente é realizada obrigatoriamente com todos os pacientes que iniciam o tratamento, podendo ser mantida ou não, de acordo com as necessidades dos mesmos. Esta modalidade de tratamento tem indicação para pacientes que necessitem de uma escuta instrumentalizada e individual, que apresentam dificuldades de trabalhar algumas questões em grupo, ou ainda não apresentam perfil para participar de grupos terapêuticos.

3.2.6. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Assistente Social: Realiza o acolhimento, atendimento individual, faz orientações, informações e encaminhamentos às redes de serviços, executa atividade de grupo, visitas domiciliares, institucionais, e busca ativa. Palestras, atividade de educação continuada e atendimento em situações de crise.

Enfermeiro: Realiza consulta de enfermagem que tem por objetivo conhecer o histórico do paciente, dessa forma trabalha-se com a entrevista inicial em saúde mental, focando vários aspectos da vida do paciente, com posterior identificação dos diagnósticos de enfermagem para elaboração do plano terapêutico individual do paciente.

Médico Psiquiatra: O atendimento com este profissional tem como finalidade, tratar doenças e comorbidades psiquiátricas relacionadas com o uso de substâncias psicoativas (SPA). Doenças estas, que podem ter levado a dependência, doenças concomitantes a dependência e também as que surgiram após o abuso e/ou dependência das substâncias psicoativas. A avaliação psiquiátrica é realizada periodicamente, havendo necessidade de intervenção medicamentosa ou não. Pois assim, é possível fazer um acompanhamento da evolução, progressão ou retrocesso da qualidade clínica e psiquiátrica do paciente.

Psicólogo: O atendimento psicológico tem por objetivo criar um espaço para trabalhar a motivação e reflexão, em que o usuário possa buscar o sentido de suas próprias vivências, tentando encontrar uma resposta diferente da droga para sua realidade psíquica. Desta forma,

a partir da reflexão dos aspectos de sua vida e das suas dificuldades, busca-se auxiliar o paciente nesta mudança de comportamento. Promove-se assim a comunicação, expressão e ampliação da consciência que o paciente tem de si mesmo, possibilitando a identificação e mudança dos núcleos de conflitos, buscando o equilíbrio emocional.

3.2.7. AÇÕES COMPLEMENTARES

Atendimento para a Família: A convivência da família com o dependente químico, em muitos casos, pode ser devastadora e a maioria dos familiares necessita de ajuda para suportar esta situação. Observa-se, que a própria dinâmica de funcionamento familiar modifica, ocorrendo à inversão de papéis. Dentre os aspectos mais importantes a serem considerados na abordagem da família e do paciente é de que ambos procuram o serviço de saúde mental motivados por pressões e expectativas diferentes. Buscam uma solução rápida para a aflição momentânea causada por complicações físicas, emocionais, sociais ou jurídicas, até o desejo de receber auxílio-doença, orientação e/ou tratamento.

Assim, com informações e orientações adequadas sobre a natureza da dependência química e seus efeitos, a família aprende a se relacionar de maneira mais saudável com o paciente, evitando atitudes como rigidez, a alienação e o isolamento. A família precisa ser orientada a valorizar os progressos alcançados pelo usuário, para que ele perceba suas competências, habilidades, estimulando-o a autoconfiança. Isto também motiva o familiar adicto a traçar novos objetivos e se empenhar em novas conquistas com seu próprio esforço.

Importante lembrar que o adoecimento de um membro da família por substâncias afeta direta ou indiretamente todos os familiares, e estes passam a ser codependentes. Desta forma, faz parte do tratamento cuidar desta família e orientá-la como enfrentar e buscar soluções para este problema.

Ações de Redução de Danos: Redução de danos (RD) não pode ser confundida com incentivo ao uso de drogas, embora se fundamente no princípio da tolerância ou respeito às escolhas individuais. A RD contribui, entre outras coisas, para gerar informações adequadas sobre riscos, danos, práticas seguras, saúde, cidadania e direitos, para que as pessoas que usam álcool e outras drogas possam tomar suas decisões, buscar atendimento de saúde (se necessários) e estarem inseridas socialmente em um contexto de garantias de direitos e cidadania. As práticas de RD estão presentes nas orientações passadas aos pacientes nos momentos dos seus atendimentos com a equipe, seja individual ou em grupos, e também a família, tais como:

a. Propor o uso de medicamentos que controlem a abstinência ou a substituição de uma droga, com efeito, mais devastador por uma que tenha um potencial de dependência menor, reduzindo aos poucos esse consumo até que o mesmo se cesse;

b. Adiamento do uso: o que é possível com muitos usuários é um adiamento do uso. Este adiamento pode ser de algumas horas, de alguns dias, meses ou anos. Neste intervalo entre um uso e outro é possível fazer alguma ação clínica que permita, de algum modo, o sujeito ressignificar o seu uso;

c. Abstinência de uma das drogas de uso: muitas vezes o paciente faz uso de diversas drogas, mas traz como problema o uso de apenas uma delas. Os profissionais que o atendem devem estar atentos à demanda do usuário. Às vezes ele é um fumante e alcoolista, mas traz, num primeiro momento, o uso de álcool como problema. Outro pode ser usuário de crack e maconha, mas não quer parar de usar esta última e então o tratamento deve ser focado no uso do crack;

d. Uso controlado e redução de uso: muitos usuários, que não querem parar de usar sua droga de escolha, conseguem, com acompanhamento adequado fazer um uso da droga com maior controle, escolhendo melhor o momento, a quantidade e o ambiente de uso. A ideia de que não é possível ao dependente controle do uso não se confirma na clínica. São conhecidos casos em que o paciente em acompanhamento reduz significativamente o seu uso, o que lhe permite se colocar de outra forma na sociedade e exercer papéis e funções das quais antes não era capaz;

e. Acompanhamento das famílias: muitos dos problemas trazidos pelos usuários em tratamento dizem respeito à dinâmica familiar. Na sua história com o uso de drogas vários conflitos foram ali estabelecidos. Uma abordagem junto à família, de forma que a mesma se sinta ouvida e possa desfazer seus fantasmas e medos em relação ao dependente, possibilita uma relação menos dolorida e menos conflituosa entre os seus membros; e,

f. Não compartilhar seringas para o uso de drogas injetáveis, para não se infectar ou infectar outras pessoas com doenças de transmissão sanguínea.

Ações de Matriciamento na Saúde da Família: Como ações de matriciamento o CAPSad buscará manter-se em contato com os estabelecimentos de Saúde da Atenção Básica (UBS/ USF/ NASF), iniciando este contato se articulando as visitas domiciliares do CAPSad a idas as USF do bairro do paciente para informar quanto ao acompanhamento do paciente, que beneficiará no momento de alta e encaminhamento do paciente para acompanhamento nas respectivas UBS/USF/NASF da sua área. Também buscará manter discussões de casos e do

processo de trabalho num atendimento compartilhado, que contribua no processo de cogestão e responsabilização no agenciamento do projeto terapêutico individual ou singular.

Estratégia de Desinstitucionalização: Durante as tentativas e oficializações de internações, sejam elas voluntária, involuntária e compulsória, há em muitos casos um primeiro contato com o CAPSad, seja por necessidade de um laudo psiquiátrico, exames e acompanhamento de tratamento medicamentoso, onde se aproveita para orientar a família que mantenha contato com o CAPSad sobre o andamento e evolução do paciente, pois após a internação será importante que o paciente se mantenha em acompanhamento no serviço até está totalmente reinserido socialmente, podendo haver uma continuidade de tratamento trabalhando-se prevenção de recaídas e até mesmo redução de danos quando o uso se mantém.

Visita Domiciliar Multiprofissional Especializada: Durante a visita domiciliar multiprofissional especializada é oportunizada ao profissional a possibilidade de sensibilizar o paciente a respeito da importância deste iniciar ou retornar ao tratamento, bem como de interagir com seus familiares, prestando informações a respeito da dependência química, do tratamento oferecido pelo CAPSad, fornecendo auxílio as necessidades da família.

Busca Ativa: Quando um paciente deixa de comparecer as atividades do CAPSad sem justificativa, os profissionais tentam sensibilizá-lo a retornar ao tratamento por meio do contato telefônico. Quando este contato não apresenta sucesso é realizado a visita domiciliar. E se não houver sucesso em nenhuma dessas tentativas, o paciente é colocado no cadastro dos inativos.

3.3. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL – CAPSi

O Ministério da Saúde na construção de sua Política Nacional de Saúde Mental compreende que o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi, é um ponto de atenção especializado no atendimento de crianças e adolescentes que sofram com uma ou múltiplas patologias mentais de grau moderado, severo e persistente, em consonância com os princípios e diretrizes da Portaria 224/92 e 336/2002.

Estima-se que de 10% a 20% da população geral de crianças e adolescentes até 18 anos de idade sofram de algum tipo transtorno mental que restringe ou prejudica seu desenvolvimento, comportamento, aprendizagem, atividades diárias e interação social. Desse total, entre 3% a 4% necessitam de cuidados na forma de tratamento intensivo.

O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi de Porto Velho/RO, inaugurado em 13 de Julho de 2012, constitui um serviço de Saúde Mental destinado ao

tratamento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

Neste cenário da reforma psiquiátrica, o CAPSi tem recebido demanda espontânea de crianças, adolescentes e seus familiares, bem como os encaminhamentos de outras instituições de assistência à criança/adolescente (saúde, escolas, conselhos, juizados, entre outros). A busca pelo serviço se dá pelas mais variadas questões de comportamento, desenvolvimento e outros agravos à saúde física e mental.

Caracteriza-se por ser um serviço de referência em saúde mental para casos graves que necessitam de cuidado mais intensivo e/ou de reinserção social em substituição ao modelo hospitalocêntrico, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Destinado ao acompanhamento de crianças e adolescentes de 05 a 17 anos em situação de grave sofrimento psíquico e/ou com transtorno mental de grau moderado e severo que apresentam a condição de impossibilidade de manter ou estabelecer laços sociais.

Considerando levantamento preliminar dos primeiros 386 (trezentos e oitenta e seis) prontuários cadastrados no CAPSi, os transtornos psiquiátricos mais presentes no CAPSi podem ser elencados como: autismo, uso e abuso de múltiplas substâncias, oligofrênicas, psicose infantil, transtorno de déficit de atenção, transtorno de personalidade e transtorno do humor depressivo. Somado a isto, tal levantamento apontou que 70% dos pacientes estavam em acompanhamento regular. Notabilizou-se a partir do ano de 2017 um aumento expressivo de demanda de atendimentos em saúde mental por autolesão não suicida, tentativa de suicídio principalmente por intoxicação exógena praticado em sua maioria pelo público feminino com idade entre 13 e 17 anos.

Com referência ao território e público de abrangência do CAPSi, por definição por se tratar de um serviço da Prefeitura de Porto Velho, tem como público-alvo crianças e adolescentes residentes na capital e seus distritos, obedecendo à diretriz da territorialidade.

Um dos desafios cotidianos do CAPSi de Porto Velho/RO reside na sua inserção em um contexto de poucas referências anteriores da modalidade de atendimento a este público-alvo, uma vez que a assistência prestada às crianças e adolescentes com transtornos mentais, em geral, era vinculada aos CAPS no âmbito municipal e estadual, prioritariamente ao atendimento de adultos.

Objetivos:

1. Fortalecer e intensificar a proposta de abordagem psicossocial à criança e ao adolescente do município de Porto Velho que possua transtorno mental severo, construindo recursos para uma assistência que alcance além da remissão de sinais e sintomas;
2. Prosseguir e manter a articulação com demais setores de proteção e assistência infantojuvenil para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, conforme preconiza Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011;
3. Ampliar as condutas e encaminhamentos terapêuticos do tratamento clínico proposto pelo serviço;
4. Afirmer a coerência da identidade de um CAPSi enquanto serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico para a demanda infantojuvenil, proposta pela Política Nacional de Saúde Mental;
5. Investir amplamente na abertura de espaço para inserção social da criança/adolescente com transtorno mental severo;
6. Ofertar assistência em saúde mental de qualidade e excelência técnica, visando o alívio do sofrimento psíquico, a superação do estado agudo da patologia e a retomada do desenvolvimento, do crescimento e vida da criança e adolescente.

Proposta Teórica e Prática

Os princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil devem estar embasados no acolhimento universal, no encaminhamento implicado, no trabalho em rede respeitando a territorialidade e na intersetorialidade. Assim, é necessário trabalhar diariamente na perspectiva da articulação das ações entre as mais diversas instituições que prestam serviços.

3.3.1. ACOLHIMENTO

A proposta do acolhimento reside na busca pelo serviço por demanda espontânea ou via encaminhamento. O CAPSi se caracteriza como um serviço de assistência a crianças e/ou adolescentes que estão em sofrimento psíquico e apresentam quadro de transtorno mental severo e persistente, com idade entre 05 e 17 anos.

De acordo proposta de rotina de atendimento no CAPSi, é previsto o atendimento nas faixas etárias entre maiores de 05 anos e até 17 anos, ficando sob a responsabilidade dos

demais serviços o acompanhamento e tratamento de adolescente e jovens com idades acima de 17 anos com transtorno mental.

Estendemos o atendimento, quando se faz necessário, as crianças menores de 05 anos, em caráter de orientação aos pais, familiares e responsáveis, para redução da ansiedade e sofrimento intrafamiliar, bem como as devidas orientações e avaliações para diagnóstico e acompanhamento seja nesta unidade ou demais setores da rede de saúde.

A abordagem prioritária para o primeiro acolhimento será a abordagem individual da família com a criança/adolescente conforme dinâmica de agendamento do período. Após a realização da anamnese, a qual se caracteriza por uma entrevista em saúde mental, serão levantadas informações, tais como queixas, sintomas, comportamentos, peso, medida, história de vida e desenvolvimento, etc.; o que servirá como subsídio para as condutas posteriores.

No caso de encaminhamento, o profissional fará o encaminhamento de maneira responsável e comprometida, com informações atualizadas sobre recursos oferecidos pela rede de saúde, educação, justiça e assistência social.

Caso haja agendamento para avaliação da criança/adolescente, o profissional de referência neste momento sendo aquele que realizou o primeiro acolhimento ou aquele que acompanha o caso de modo mais efetivo, pode optar por propor a imediata admissão para tratamento da criança/adolescente acolhido mediante Projeto Terapêutico Individual e/ou Singular (PTIS) elaborado. O profissional poderá ainda admitir a criança/adolescente para avaliação e investigação diagnóstica para futura definição de PTIS ou de encaminhamento externo, conforme requeira o quadro investigado, através da análise situacional da criança ou adolescente.

O profissional de referência é o responsável pela condução, evolução, atualização e manutenção do tratamento com base num olhar biopsicossocial e este poderá permanecer sendo aquele técnico que realizou o primeiro acolhimento, ou outro técnico definido na elaboração do PTIS da criança/adolescente.

Para melhor funcionamento do acolhimento dos usuários, os profissionais da psicologia poderão montar escalas de plantões matutinos e ou vespertinos para auxiliarem no processo de atendimento inicial em saúde mental junto a outras categorias profissionais.

Programas de Atendimento

O CAPSi através deste Projeto Terapêutico Global, contará com programas de atendimento, para a assistência de sua demanda e conforme a caracterização de sua clientela, sendo estes:

Atendimento Individual: Destinado à abordagem individual de qualquer especialidade constante na equipe de assistência do CAPSi, que poderá ter caráter de consulta, de estimulação de habilidades, de desenvolvimento de Atividades da Vida Diária (AVD), de estimulação de desenvolvimento, de apoio, de psicoterapia, de entrevistas de anamnese e/ou de análise e aprofundamento de entendimento de situações conforme a indicação técnica para a assistência a criança/adolescente, constituindo um dos métodos dentre os programas de atendimento.

Oficinas Terapêuticas: Destinadas ao atendimento de crianças de 05 a 12 anos de idade, que apresentem sinais e/ou sintomas de transtorno mental que estejam lhes trazendo prejuízos nas esferas do desenvolvimento e inserção social bem como a utilização de seus equipamentos psicomotores em decorrência do acometimento da psicopatologia instalada ou em processo de instalação.

Psicoterapia em grupo: Atendimento psicoterapêutico de grupos de pacientes, focalizando mais especificamente a dinâmica de grupo e aspectos de cada participante, favorecendo a solução das dificuldades de relacionamento interpessoal e a inserção social do indivíduo.

Visitas Domiciliares/ Institucionais: Constituem um programa de atendimento, através das quais se pode obter melhores dados da realidade familiar de cada paciente do CAPSi, podendo ainda elucidar psicodinâmicas familiares, componentes de quadros em investigação diagnóstica. Por meio das visitas ainda é oferecido e realizado atendimentos que muitas vezes não são possíveis na unidade, tanto por dificuldades de acesso do cliente e sua família ao serviço em função da gravidade do quadro psicopatológico instalado, bem como por comportamentos de preservação de imagem, comum às crianças que temem discriminação por participarem de serviços de saúde mental, entre outros. Outra modalidade do atendimento ao cliente se dá através de visitas institucionais como escolas, ministério público, delegacias, defensorias, secretarias e toda rede de cuidados e proteção à criança e ao adolescente.

Reunião Técnica e Estudo de Caso: Reuniões entre as equipes com objetivo de melhorar a comunicação entre profissionais, fluxograma e relações intersetoriais com objetivo de melhorar funcionamento global do serviço. O estudo de caso com as equipes com

periodicidade quinzenal nos dois turnos de funcionamento para melhor elucidação e elaboração do PTIS.

Ações de Matriciamento: Estratégia para capacitação das ESF com os profissionais especializados em saúde mental para atuação conjunta. Este processo pode ocorrer com duas ou mais equipes, e tem por objetivo construir de forma compartilhada uma proposta de intervenção pedagógico terapêutica. Assim, busca-se estruturar um cuidado colaborativo entre CAPS e a Atenção Básica.

Abordagens Familiares:

Grupos de Família: Destinado aos familiares dos pacientes e responsáveis pelo processo de reabilitação psicossocial da criança/adolescente admitidos no CAPSi. Possui caráter operativo, sendo coordenado por um técnico de nível superior e auxílio de outro técnico de nível superior ou não. Tais grupos constituem condição *sine qua non* para o tratamento destinado à criança/adolescente. Os grupos são abertos, sigilosos, com participação não obrigatória e com temas abordados a partir da demanda dos familiares. Por ser operativo pode contemplar segundo a técnica operacionalização de conteúdo previamente elencado pelos técnicos como necessário para abordagem específica de cada grupo ou ainda pode contemplar a operacionalização de conteúdos demandados do próprio grupo ou de algum de seus membros.

Orientação Parental: Consiste em acompanhamento individual para orientações, para pai, mãe, ou ambos juntos acerca de sua função e papel parental, aplicados para pais que não alcançam desenvolvimento.

Oficinas: Ocorrem segundo indicação técnica para atividades de inserção social, através de acompanhamento terapêutico da criança/adolescente, podem ser atividades referentes às datas festivas, tais como: Páscoa, Arraial, Dia das mães, etc., abertas à comunidade local e aos amigos e familiares dos usuários, com caráter de inclusão social, sendo, portanto, realizada pensando na viabilização da presença de todos os pais, crianças, adolescentes, familiares, amigos e técnicos.

3.3.2. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

O cuidado e a proteção à criança e o adolescente em situação de grave sofrimento psíquico requer inicialmente a avaliação do grau de comprometimento e risco a partir de

fatores tais como: avaliação da criança/adolescente, avaliação da família, avaliação do Território, fatores de risco e recursos da Rede.

O CAPSi possui uma equipe multidisciplinar para a avaliação das necessidades de cada paciente e para a formulação da hipótese diagnóstica. Estas avaliações possuem como objetivo analisar diferentes áreas da vida do paciente, observando diversos aspectos e necessidades, a fim de almejar novas perspectivas de atuação profissional. Desta forma, busca-se adequar ao máximo o tratamento às necessidades de cada indivíduo.

Os casos em que houver comprometimento da rotina de vida da criança, ausência de brincar, presença de sintomas agudos e persistentes, comportamento de risco, comprometimento do desenvolvimento da criança com dificuldade da família em desempenhar sua função de cuidado, entre outros agravos que prejudiquem consideravelmente suas possibilidades de desenvolvimento, a equipe de apoio em saúde mental deverá ser acionada e se for avaliada a necessidade, a criança/adolescente e sua família devem ser encaminhados para o CAPSi.

Os critérios de internação são os que trazem risco de morte à criança, ou que não haja suporte para tratamento domiciliar e, após a discussão da equipe, há a possibilidade de encaminhamento nos casos de crianças e adolescentes avaliados. Deve-se ressaltar que as avaliações e diagnósticos baseiam-se nas particularidades na infância e adolescência segundo linhas de cuidado em Saúde Mental.

Visando auxiliar o procedimento de organização interna do serviço é realizada uma categorização por meio de cores para colaborar no processo identificação dos usuários que necessitam de atendimento com mais celeridade e o tipo de tratamento mais adequado. Assim, os quadros serão avaliados conforme potencial de risco para si e grau de sofrimento, considerando que a cores vermelha, amarela e verde sinalizam respectivamente os pacientes que necessitam tratamento intensivo, semi-intensivo e não intenso. Frisa-se que este processo tem por objetivo principal organização interna do serviço e orientação quanto ao tratamento mais adequado conforme demanda apresentada.

3.3.3. TRATAMENTO

Tratamento Intensivo: Destinado a crianças e adolescentes que, em função de seu sofrimento psíquico e grau de comprometimento atual, necessitem de acompanhamento mais frequente, com participação da família, seja de forma presencial no serviço, recebendo os atendimentos da equipe multiprofissional, com a participação nos grupos terapêuticos, visitas

domiciliares e com a manutenção de contato telefônico com o paciente e com os membros de sua família.

Tratamento Semi-intensivo: Destinado a crianças e adolescentes que necessitam de acompanhamento com menor frequência fixado em seu projeto terapêutico individual, o número de atendimentos mensais e participação nos grupos terapêuticos, mas não precisam estar diariamente no CAPSi. O trabalho desenvolvido no tratamento intensivo prossegue e é fortalecido com estratégias que privilegiam a reinserção social, cultural e reabilitação ampla da criança e adolescente.

Tratamento Não Intensivo: Destinado a crianças e adolescentes que podem ter um atendimento no serviço com uma frequência menor, com atendimentos mensais da equipe multiprofissional, de acordo com a necessidade do paciente e com participação nos grupos terapêuticos. As mudanças das fases do processo de reabilitação psicossocial são realizadas de modo individualizado a partir de discussão ampla pela equipe multidisciplinar do CAPSi, até o momento da alta.

FIGURA VI: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO CAPSi



3.3.4. MODALIDADE DE ATENDIMENTO EM GRUPO

Nesta modalidade de atendimento são realizadas atividades educativas ou de informação, reflexão e suporte/apoio, em que o espaço terapêutico possibilita à criança/adolescente e seus familiares o desenvolvimento da autoestima. As atividades objetivam promover a compreensão e a colaboração entre pacientes, familiares e equipe de saúde em uma perspectiva de suporte e autoajuda.

Oficinas Terapêuticas: Proporcionam a integração social e o desenvolvimento de habilidades para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico ou com grau de comprometimento elevado. Partindo de temáticas direcionadas, as oficinas permitem à equipe o monitoramento dos sintomas somado às sessões individuais regulares.

Oficina de Artes e Pintura: O processo vivenciado nas oficinas de criação artística possibilita a construção de autoestima; o desenvolvimento de hábitos e habilidades estruturadoras; o desenvolvimento das habilidades motoras; a necessidade de concentração e o cumprimento de normas grupais. A produção artística é uma mediação, resgata a importância do trabalho e da criatividade, sua capacidade transformadora, sua capacidade de gerar valores.

Cronograma: Realizado 01 (uma) vez por semana.

Profissionais responsáveis: 01 (um) psicólogo e 01 (um) técnico de nível médio.

Oficina de Habilidades: As oficinas terapêuticas de habilidade, em suas atuações, buscam unir saúde, convívio social e cultura, transforma o conceito de saúde, assim como os conceitos de sanidade, qualidade de vida e inclusão, dando condições de uma possível transformação desse sujeito em um sujeito desejante e produtivo. Nas oficinas terapêuticas de habilidades, o paciente tem a possibilidade de resgatar o desejo com o trabalho realizado dentro das mesmas, a produção e expressão livres e capacidades para o desempenho ocupacional desses usuários.

Cronograma: 01 (uma) vez por semana.

Profissionais responsáveis: 01 (um) psicólogo ou enfermeiro e 01 (um) profissional de nível técnico.

Grupo de Orientação Familiar/ Psicoeducação: Acolher e orientar os familiares para que possam compreender os possíveis diagnósticos. Motivar os familiares a buscar em conjunto com o CAPSi as possíveis estratégias de enfrentamento, tornando-os parceiros na

discussão das questões pertinentes ao processo de reabilitação e encaminhamentos necessários à criança e adolescente.

Grupo Psicoterapêutico para a Família: Destinado aos familiares dos pacientes, ocorre semanalmente e realizados em uma sala da instituição, sendo coordenados por dois profissionais, com temas abordados a partir da demanda dos familiares. Proporcionam aporte de informação, auxílio na elaboração e aceitação do diagnóstico do (a) filho (a), reflexão e apoio acerca dos sentimentos e pensamentos próprios aos vínculos e relações familiares.

3.3.5. PROBLEMATIZAÇÃO DO SERVIÇO

- *Referência e Contrarreferência com SUAS*

Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS dividem-se em média e alta complexidade, tendo o serviço de média e alta complexidade referenciada aos NASF e CAPS conforme as especificidades de cada atendimento.

A Equipe de Consultório na Rua e o CAPSad tem como referência para suas atividades com população em situação de rua, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua – CREAS Pop. Compete a Rede de Atenção a Saúde a responsabilidade de determinar o devido manejo clínico dentro da Linha de Cuidado e/ou PTIS do caso.

A Equipe de Consultório na Rua e a RAPS articula-se com o Serviço Especializado em Abordagem Social, conforme as especificidades de cada atendimento. Compete a Rede de Atenção à Saúde responsável por determinar o devido manejo clínico dentro da Linha de Cuidado e/ou PTIS do caso.

O Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI articula-se com a RAPS, conforme as especificidades do atendimento. Compete a Rede de Atenção à Saúde responsável por determinar o devido manejo clínico dentro da Linha de Cuidado e/ou PTIS do caso.

As Unidades de Acolhimento Adulto e/ou Infantojuvenil da SEMASF é um serviço caracterizado como de alta complexidade, onde o usuário vive situação de ameaça e/ou violação de direitos com perda de vínculos familiares. No entanto, segundo entendimento do Ministério do Desenvolvimento Social – MDS, as ações de alta complexidade da SEMASF não possuem contrarreferência, exceto nos casos que precisem de apoio técnico de médico clínico e/ou psiquiatra.

- *Crianças e adolescente ameaçados de morte*

No processo de retirada da criança e/ou adolescente do uso de drogas e/ou do tráfico, pode ocorrer a ameaça de morte por indivíduos e/ou grupos do antigo modelo de vida. Assim a criança e/ou adolescente fica impedida de retomar a vivência em seu núcleo social. De tal maneira é preciso que o Estado de Rondônia adira ao *Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte – PPCAAM*, tendo em vista que 2% da demanda do CAPSi sofrem ou sofreram ameaça de morte e 120 adolescentes estão ou estavam envolvidos com o tráfico. Cabe ressaltar que estamos falando apenas de números relativos ao CAPSi de Porto Velho – RO, sem levar em conta os números das demais Unidades de Saúde, das Unidades do SUAS, dos Distritos e demais cidades de Rondônia.

O PPCAAM criado em 2003 e instituído oficialmente por meio de Decreto Presidencial em 2007, é coordenado nacionalmente pela Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), por meio da Secretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNPDCA). O Programa tem como objetivo a preservação da vida de crianças e adolescentes ameaçados de morte por meio de uma medida protetiva que compreende a garantia de direitos fundamentais assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente, entre eles, o direito à vida, à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, à saúde, dentre outros.

A atuação do PPCAAM ocorre por meio de equipes técnicas locais selecionadas nos estados conveniados pelas entidades executoras, a partir de critérios de competência técnica, aptidão e compreensão das complexidades que envolvem o tema. Além disso, esse trabalho é pautado pelo cumprimento das normas gerais do Programa, que constam no Decreto que o institui e dos procedimentos estabelecidos pela Coordenação Nacional.

Considerando a complexidade envolvida na execução do Programa, marcada por múltiplas determinações, parte-se do pressuposto da valorização e busca pela intervenção interdisciplinar. Entende-se tal prática como a de interação participativa que inclui a construção de uma axiomática comum a um grupo de campos de saberes conexos com objetivos múltiplos, pautados pela horizontalidade nas relações de poder entre as áreas envolvidas.

Desse modo, é possível estabelecer uma metodologia de ampla perspectiva para os encaminhamentos exigidos por cada caso atendido, alcançando uma atuação transversal com focos que vão para além da proteção. Por conseguinte, as equipes técnicas, dentro de suas

respectivas áreas, realizam o acompanhamento dos casos desde a solicitação, entrevista de avaliação, trajetória na rede de proteção até o seu desligamento, utilizando-se dos instrumentos metodológicos do Programa.

A equipe mínima do PPCAAM deverá contemplar os seguintes profissionais: Coordenação Geral; Coordenação Adjunta; Advogado; Assistente Social; Psicólogo; Educador Social; Assistente Administrativo; e, Motorista. Além disso, o PPCAAM conta com uma retaguarda de segurança, viabilizada por meio da articulação da Coordenação Nacional com a Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Força Nacional, tendo em vista o suporte a operações nos Estados para o traslado de protegidos entre locais de proteção, escolta para realização de depoimentos, entre outros.

Funcionamento do PPCAAM

Em âmbito nacional, o PPCAAM se estrutura a partir de uma Coordenação Nacional (CN), vinculada à SNPDC, que articula as ações do Programa nos estados, dando-lhe unidade; na esfera do Sistema de Proteção, fortalecendo ainda a articulação com outros órgãos e políticas correlatas ao enfrentamento da violência letal que atinge crianças e adolescentes em todo o Brasil.

Atualmente, a Coordenação Nacional conta também com um Núcleo Técnico Federal, criado com o objetivo de assessorá-la nos casos de permuta, bem como efetivar a proteção nos Estados em que não existe o PPCAAM, por meio do trabalho em rede com o sistema de garantia de direitos. Nas Unidades da Federação, o Programa conta com equipes técnicas que devem estar afinadas com a política estabelecida nacionalmente, bem como com propósito ético e político na garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes ameaçados de morte.

Devem, ainda, fortalecer as ações de enfrentamento da letalidade infantojuvenil, de modo a agregar a política de proteção como uma das estratégias do Sistema de Garantia de Direitos (SGD). Considerando a complexidade envolvida na execução do Programa, marcada por múltiplas determinações, parte-se do pressuposto da valorização e busca pela intervenção interdisciplinar. Entende-se tal prática como a de interação participativa que inclui a construção e pactuação de uma axiomática comum a um grupo de campos de saberes conexos com objetivos múltiplos, pautados pela horizontalidade nas relações de poder entre as áreas envolvidas.

Núcleo Técnico Federal

Ao longo do processo de consolidação do PPCAAM, verificou-se a necessidade da existência de um corpo técnico auxiliar à Coordenação Nacional para o acompanhamento conjunto de casos. Nesse contexto, foi constituído o Núcleo Técnico Federal (NTF), a partir da parceria estabelecida entre a SDH/PR e a sociedade civil organizada, com a função de assessorar a Coordenação Nacional nos Estados sem a abrangência do PPCAAM, bem como para intervenção em casos federais.

Como as demais equipes constituídas, o NTF atua segundo os pressupostos da proteção integral da criança e do adolescente, tendo como objetivo o desenvolvimento de mecanismos para o fortalecimento e integração dos serviços locais que promovam a reinserção e a participação social da criança e do adolescente ameaçado de morte. O NTF realiza a proteção dentro de uma metodologia específica, embora em moldes similares ao das equipes das UFs. O Núcleo ainda presta apoio à Coordenação Nacional em outras demandas técnicas para que essa prossiga no seu objetivo de consolidação das linhas nacionais do PPCAAM e realiza, mediante designação para tanto, o acompanhamento de permutas nos casos considerados complexos, servindo, nesse sentido, de retaguarda.

Procedimentos do PPCAAM

Solicitação de inclusão: A solicitação de inclusão de casos no Programa só pode ocorrer por meio de uma das Portas de Entrada: Conselho Tutelar, Ministério Público ou Poder Judiciário, posto que, essas são as instituições referendadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente para a solicitação de serviços a crianças e adolescentes. Ao tomar conhecimento de um possível caso de ameaça de morte, as Portas de Entrada devem preencher uma ficha de solicitação e encaminhar à Coordenação do Programa local. Em seguida, as fichas de solicitação são previamente encaminhadas pelo programa às Portas de Entrada, mas podem também ser acessadas por meio do site: <<http://www.pzcaam.gov.br>>.

A Pré-avaliação consiste na análise preliminar do caso a ser encaminhado ao Programa e é realizada pela Porta de Entrada, por meio do preenchimento da ficha de solicitação, contendo as informações básicas para a identificação da situação de ameaça de morte. As informações solicitadas são:

- Identificação do ameaçado (nome, apelido, idade, situação jurídica, entre outras);
- Situação da ameaça: identificação do ameaçador (nome, apelido e área de atuação), motivos que deram origem à ameaça, quando e onde ocorreu a ameaça, local;
- Identificação do representante legal do ameaçado e informação quanto à necessidade da proteção dos demais familiares;
- Impossibilidade de adoção de outras medidas de proteção previstas no Artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Registro das providências já realizadas para proteger o ameaçado.

A ficha deve ser acompanhada de outros documentos existentes, tais como: boletim de ocorrência, relatório do IML, relatórios técnicos de atendimento do caso, etc. Após a Pré-avaliação pela Porta de Entrada, sucedem-se as etapas de entrevista de avaliação, análise para inclusão, momento em que o caso passa a ser de responsabilidade do Programa.

Situações emergenciais no PPCAAM

Há situações excepcionais em que, pela gravidade da ameaça, é necessário que a proteção aconteça mesmo antes da conclusão desse processo. Entretanto, ainda persiste a necessidade de se buscar alternativas junto ao sistema de proteção para acolhimento dessas situações com a instituição de procedimentos e locais adequados para a proteção provisória.

Sendo assim, em casos urgentes, as Portas de Entrada deverão acionar os Órgãos de Segurança Pública, responsáveis constitucionalmente pela preservação da incolumidade das pessoas (Artigo 144 da Constituição Federal), a fim de garantir a proteção durante o período de análise do caso.

Entrevista de avaliação

- A entrevista será agendada pela equipe local do Programa e nela devem estar presentes o ameaçado, com seus familiares ou responsáveis legais e o representante da Porta de Entrada;
- Os técnicos do PPCAAM poderão entrevistar todos em grupo, subgrupos ou individualmente para maior conhecimento do caso;
- A presença do ameaçado deve ser viabilizada pela Porta de Entrada que encaminhou o caso; e,
- Por motivo de segurança, a avaliação deve ocorrer em local neutro, distante da região onde o ameaçado se encontra em situação de risco.

Na entrevista de avaliação, serão avaliados os seguintes tópicos:

- Existência de ameaça de morte iminente;
- Histórico da ameaça: identificação da região da ameaça e do ameaçador, incluindo a delimitação do espaço de circulação e influência;
- Impossibilidade de prevenir ou reprimir os riscos pelos meios convencionais;
- A voluntariedade do adolescente e seus familiares na inclusão no Programa e no cumprimento das regras de proteção; e,
- História de vida e vínculos familiares.

Em caso de não comparecimento do ameaçado e/ou do representante da Porta de Entrada, deve-se formalizar a ocorrência em ata e Termo de Ausência. A Porta de Entrada será oficiada para verificar a necessidade de continuidade do procedimento de avaliação e as medidas protetivas possíveis para garantir a segurança do ameaçado. A entrevista será registrada por meio de formulário próprio, assinado por todos os presentes. Caso o ameaçado aceite ingressar no Programa, assinará também um Termo de Compromisso, que detalha os acordos assumidos e as regras de proteção.

Análise para inclusão

Após a entrevista de avaliação, os técnicos responsáveis apresentarão o caso aos demais membros da equipe e deliberarão por sua inclusão ou não e, em caso positivo, localizarão um local seguro e adequado para a inserção dos usuários.

A inclusão do adolescente não está condicionada à colaboração em processo judicial, conforme expresso no Decreto que institui o PPCAAM, nem ao ingresso de sua família. Considerando o princípio da Convivência Familiar e Comunitária, no entanto, orienta-se que, sempre que possível, se invista nessa última possibilidade.

Muitas solicitações que chegam ao PPCAAM envolvem crianças e adolescentes com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas, relacionado ao envolvimento com o tráfico de drogas e/ou a exploração sexual. Nesses casos, a proteção demanda também o atendimento médico especializado. Assim, se já houver histórico de tratamento anterior, as equipes devem solicitar à Porta de Entrada que providencie o laudo da rede de saúde com as especificações do tratamento realizado, pois o mesmo providenciará a inserção do adolescente na nova rede. Na ausência de apresentação do referido laudo, o Programa deverá providenciar atendimento específico que indique o tratamento adequado ao caso.

O Programa de Proteção não substitui medidas socioeducativas; sendo assim, se o adolescente se encontra nessa situação, a proteção só poderá ser realizada se o mesmo foi sentenciado com medida em meio aberto (CF. Artigos 117 e 118 do Estatuto da Criança e Adolescente). O adolescente em cumprimento de medida socioeducativa com restrições de liberdade não poderá ser incluído no Programa, visto que tais medidas são incompatíveis com a ação protetiva. Ademais, tais adolescentes já se encontram sob a guarda de agentes do Estado, responsáveis por sua integridade física. As decisões de inclusão e não inclusão devem ser submetidas periodicamente ao Conselho Gestor do PPCAAM.

Modalidades de inclusão

a. Inclusão da criança ou adolescente com seus responsáveis: Nessa modalidade de inclusão, o ameaçado ingressa acompanhado de um ou mais responsáveis e/ou membros da família, que são deslocados para local seguro e distante do lugar da ameaça.

b. Inclusão da criança ou adolescente sem responsável legal, mas com sua autorização: Nos casos em que o ingresso no Programa é realizado sem a retaguarda familiar, a proteção será viabilizada por meio do acolhimento institucional (abrigo provisório, casa de passagem, casa lar etc.) e/ou a família acolhedora. Serviços de proteção social especial de alta complexidade, previstos no Artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Em casos excepcionais, é possível adotar o recurso da moradia independente, sendo necessário que o protegido tenha idade mínima de 18 anos ou autorização judicial para tal e perfil favorável para gerir sua vida.

O acompanhamento pela equipe técnica local será feito de maneira sistemática durante a permanência no Programa, e essa terá o papel de auxiliar a inserção do núcleo familiar na nova comunidade, acompanhar e estimular o protegido a frequentar a escola, a inserir-se em novos espaços de convivência e a construir alternativas de profissionalização quando adequado.

c. Inclusão da criança ou adolescente sem responsável legal, mas com autorização judicial: Quando o ameaçado é inserido sem seu responsável legal e sem a autorização desse responsável legal, será indispensável autorização judicial para ingresso no Programa. Os demais procedimentos se equiparam à inclusão com autorização do responsável legal.

Fases da proteção

A proteção envolve, fundamentalmente, três momentos distintos: a adaptação, a inserção social e o desligamento. Em cada uma das fases, são desenvolvidas atividades específicas junto aos protegidos e seus familiares, visando a condução uniforme dos casos, embora respeitando as especificidades de cada um em particular.

1ª Fase - Adaptação

- Solicitar e/ou providenciar documentação pessoal e escolar dos usuários;
- Verificar se os protegidos estão incluídos em programas de concessão de benefícios sociais, visando garantir a continuidade nos mesmos de forma segura;
- Orientar quanto ao acesso à rede socioassistencial de saúde e educação e, após mapeamento prévio, acerca da existência de projetos sociais na nova localidade, estimulando a participação nos mesmos, mediante análise do perfil de cada membro da família;
- Elaborar o estudo do caso e iniciar a construção do PIA.

2ª Fase - Inserção social

- Proceder à implantação do PIA, como previsto no documento “Instrumentos Pedagógicos – PPCAAM”;
- Prestar orientações quanto ao acompanhamento escolar e profissionalização;
- Assegurar o acompanhamento adequado na rede de saúde, considerando as especificidades de cada caso;
- Articular rede de apoio comunitário, como grupos religiosos, culturais, esporte e lazer;
- Quando existir processo judicial em que o protegido figure como vítima ou testemunha, realizar o acompanhamento do processo de responsabilização do ameaçador; e,
- Avaliar a evolução dos usuários quanto à adaptação e inserção social, a autonomia financeira conquistada e a neutralização da ameaça de morte, visando iniciar a discussão sobre a possibilidade do desligamento.

3ª Fase - Desligamento

- Elaborar relatório final de acompanhamento e encaminhá-lo à Porta de Entrada;
- Proceder à assinatura do termo de desligamento pelos usuários, técnico de referência e representante da Porta de Entrada, realizando o processo de forma conjunta; e,
- Comunicar o CREAS e o Poder Judiciário sobre o desligamento, estabelecendo os encaminhamentos necessários para o acompanhamento pós-desligamento.

Acompanhamento e rede de retaguarda

A rede de retaguarda tem por objetivo dar suporte e favorecer as ações de proteção e inserção social. Nesse sentido, a equipe local deve buscar a articulação intersetorial com o Sistema de Garantia de Direitos e com projetos sociais e comunitários. Ela funciona como um articulador dessa rede, mas sem a substituir. Além disso, a ação da equipe técnica também é central no processo de proteção. Diante da nova realidade, a presença dos técnicos se constitui em uma referência importante para os usuários, sendo necessário estabelecer vínculos de confiança com os protegidos, refletindo conjuntamente acerca da adaptação ao Programa, às regras de proteção e ao processo de inserção social no novo território.

Devem, ao longo do processo, ser considerados o conjunto de equipamentos, projetos e serviços governamentais e não governamentais existentes no território de proteção. A equipe local entrará em contato com os responsáveis para os devidos encaminhamentos, podendo ainda contar com o apoio da Porta de Entrada nesse trabalho.

Adolescente em cumprimento de medida socioeducativa

- De acordo com o que dispõe o Decreto, a inclusão de maiores de 18 anos no Programa só é possível se estiverem sob a salvaguarda do Estatuto da Criança e do Adolescente e em cumprimento de medida socioeducativa de meio aberto;
- Quando o protegido ainda é adolescente e está cumprindo medida de internação ou semiliberdade não é possível realizar a proteção, tendo em vista que esse se encontra em endereço conhecido (determinado na sentença judicial) e a responsabilidade por sua integridade física, emocional e psíquica, bem como da garantia dos demais pressupostos do Estatuto da Criança e do Adolescente quanto à proteção integral, cabe à unidade para a qual ele foi encaminhado, não sendo possível nem a continuidade da proteção (caso já tenha sido incluído), nem a inclusão no Programa; e,
- É possível realizar a proteção se o adolescente estiver em cumprimento de medidas em meio aberto, uma vez que essa modalidade não compromete os procedimentos de segurança do PPCAAM. Nesse caso, o juiz designará, em cumprimento ao que dispõe o Estatuto da Criança e Adolescência, um dos equipamentos sociais responsáveis pelo acompanhamento da medida em localidade segura e os técnicos do PPCAAM trabalharão em conjunto com os técnicos responsáveis pelo acompanhamento da medida, para de um lado, não impedir a responsabilização do adolescente e, de outro, não comprometer a segurança da ação de proteção.

Testemunha em processo judicial

Há casos de proteção em que a criança e/ou o adolescente figura como vítima e/ou testemunha em processo judicial e, embora o PPCAAM não condicione a inclusão à colaboração judicial, a responsabilização dos ameaçadores deve ser cuidadosamente avaliada. A realização do depoimento deve ser discutida com o juiz responsável pelo processo, tendo em vista o interesse da criança e/ou adolescente, a possibilidade de agravamento da situação de risco com o testemunho, em função da maior exposição.

Levando em conta a gravidade do caso e buscando-se reduzir a revitimização do protegido, orienta-se que o cumprimento do ato processual ocorra por meio de inquirição especial. Um dos métodos de inquirição especial, já utilizado pelo programa, é a videoconferência, que encontra amparo legal nas Leis nº 11.690/2008 e nº 11.900/09 e ainda na Resolução 105 de abril de 2010, do Conselho Nacional de Justiça.

Permuta

Permuta é um procedimento utilizado para os casos em que devido à gravidade, natureza e extensão da ameaça é necessária a transferência da rede de proteção estadual. O Estado que solicita a permuta é denominado Estado de origem e sua equipe, equipe demandante. O Estado que recebe a permuta é chamado de Estado de destino e sua equipe, equipe acolhedora. Identificada à necessidade de permuta, a equipe demandante deve encaminhar relatório circunstanciado do caso à Coordenação Nacional, preferencialmente, via fax. A Coordenação Nacional determinará, em conjunto com as coordenações envolvidas, o Estado de destino do caso e oficiará autorização ao programa solicitante.

Situações que autorizam a permuta:

- Quando há extensão do risco para além da comunidade de origem do ameaçado;
- Quando o grau de exposição midiática do caso prejudica os procedimentos de segurança;
- Quando o ameaçador possui influência política em toda a rede estadual (incluindo casos em que o ameaçador é um agente público) ou quando a ameaça provém de grupos criminosos com elevado poder econômico e grande ramificação em sua atuação.

Papel e atribuição das equipes envolvidas

Na permuta, o caso de proteção passa a ser acompanhado *in loco* por uma equipe PPCAAM de outra UF ou pelo Núcleo Técnico Federal (nos Estados onde o PPCAAM não está implementado - casos federais), sempre em conjunto com a Coordenação Nacional. Uma vez no novo Estado, os procedimentos da proteção são semelhantes aos dos demais casos, ressaltando-se a maior atenção quanto às normas de segurança e com as peculiaridades envolvidas, como a desterritorialização. Nos casos federais, o Núcleo Federal intermediará a comunicação e as demandas entre o Estado acolhedor e o Estado de origem.

É importante mencionar que em casos de permuta, tanto a equipe demandante como a acolhedora continuam responsáveis pelo acompanhamento do caso, assumindo atribuições específicas:

➤ Equipe demandante:

- Arcar com os custos de deslocamento até o estado acolhedor e assegurar todas as condições para que o mesmo se efetue com segurança;
- Atuar no encaminhamento de pendências e demandas relativas a questões financeiras que envolvam bens, movimentações bancárias etc., contato com familiares, informações processuais (quando houver), monitoramento da situação de ameaça etc., arcando com as respectivas despesas; e,
- Discutir com a equipe acolhedora e a Coordenação Nacional as dificuldades inerentes ao processo de proteção, deslocando-se, se for o caso, para o local de proteção, com despesas igualmente às suas expensas.

➤ Equipe acolhedora:

- Assumir as despesas referentes à proteção a partir da chegada dos usuários na nova rede;
- Realizar o acompanhamento e monitoramento dos protegidos, conforme expresso neste documento;
- Propiciar contato seguro e regular com os familiares que permaneceram no local de origem; e,
- Enviar relatórios trimestrais de acompanhamento à Coordenação Nacional comunicando imediatamente fatos extraordinários.

Contatos com familiares no local de origem

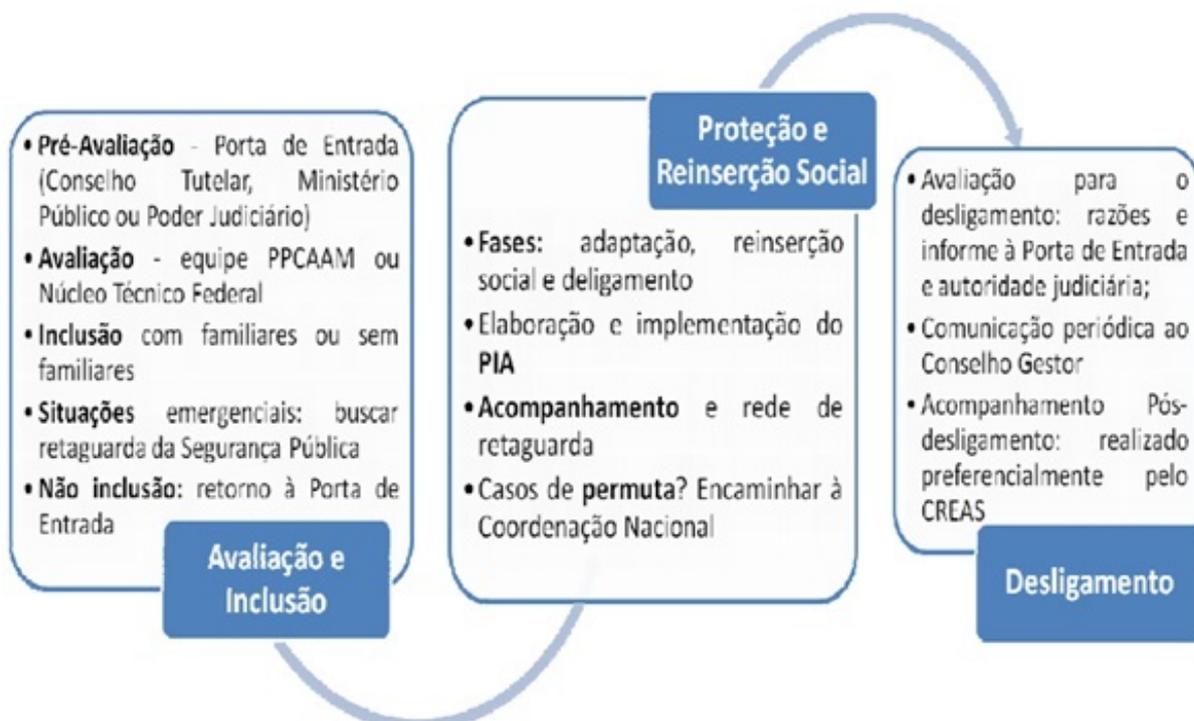
Uma das demandas recorrentes em casos de permuta é a necessidade de comunicação dos usuários com seus familiares e/ou pessoas de referência no Estado de origem, que deve ser viabilizada pela equipe responsável de forma sistemática e segura.

Tendo em vista a garantia da segurança dos contatos, os usuários devem ser orientados a não fornecer aos parentes e pessoas de suas relações informações acerca do local onde se encontram e a não mencionar, sob-hipótese alguma, o lugar de proteção, tampouco relatar procedimentos de segurança do Programa.

Desligamento

- Cessação da ameaça de morte;
- Inserção social em local seguro;
- Descumprimento do termo de compromisso ou normas de proteção;
- Condutas conflitantes com a proteção;
- Solicitação do usuário;
- Evasão; e,
- Decisão judicial.

FIGURA VII: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PPCAAM



4. UNIDADES DE ACOLHIMENTO – UA

4.1. UNIDADES DE ACOLHIMENTO ADULTO

A Unidade de Acolhimento Adulta (UAa) é um componente de atenção de caráter transitório da RAPS. Este ponto de atenção é um serviço integral, 24 (vinte e quatro) horas, nos 07 (sete) dias da semana, que devem oferecer acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo o direito de moradia, educação e convivência familiar/social com a possibilidade de acolhimento de curta duração (de até seis meses). A Unidade de Acolhimento Adulto é referenciada ao CAPS conforme a especificidade do atendimento. O CAPS de referência é o responsável pela elaboração do PTIS de cada usuário, levando em conta as necessidades do mesmo, considerando a hierarquização do cuidado, e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

4.2. UNIDADES DE ACOLHIMENTO INFANTOJUVENIL

A Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAi) é um componente de atenção de caráter transitório da RAPS. Este ponto de atenção é um serviço integral, 24 (vinte e quatro) horas, nos 07 (sete) dias da semana, que devem oferecer acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo o direito de moradia, educação e convivência familiar/social com a possibilidade de acolhimento de curta duração (de até seis meses).

A Unidade de Acolhimento Infantojuvenil é referenciada ao CAPS conforme a especificidade do atendimento. O CAPS de referência é o responsável pela elaboração do PTIS de cada usuário, levando em conta as necessidades do mesmo, considerando a hierarquização do cuidado, e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

A Unidade de Acolhimento Infantojuvenil é um serviço residencial, uma casa, destinado ao acolhimento transitório de crianças a partir de 10 (dez) anos e adolescentes até 17 (dezesete) anos, com uso problemático de drogas e dependência química em acompanhamento no CAPSi e CAPSad. Na perspectiva, de um espaço projetado para o acolhimento, a hospitalidade, a convivência e é fundamental considerar que a possibilidade no sentido de produção de local de enriquecimento das redes sociais.

Como eixos centrais na proposição de “reabilitação como cidadania” em detrimento ao preconceito arraigado ao adolescente como “infrator”, “viciado” ou “perigoso”. O uso de substâncias psicoativas pode fazer parte do perfil desta clientela, mas por si só não justifica o

acolhimento do jovem, descartando sua história e trajetória de vida e os processo de reprodução social determinante para sua exclusão e marginalização.

Para construir um ambiente acolhedor, de “casa”, contraponto o papel do “abrigo”, deve-se promover a participação dos residentes nas trocas sociais ou a constituição de novas redes ampliadas, existem componentes fundamentais tais como: locais próximos, inseridos nos territórios; entrada aberta, acessível e facilitada; ambientes agradáveis nos quais se desenvolvem cenas compartilhadas da vida cotidiana, como refeições, momentos de trocas e de convívio; espaços adaptados para as pessoas com deficiência; áreas externas com jardins e, quando necessário, espaços de brincar. A UA para adolescentes e jovens deve considerar, ainda, e em particular, a produção de clima de aprendizagem, ressignificação de papéis sociais de acordo com as necessidades e os projetos condizentes com essa faixa etária.

Tendo em vista que as Unidades de Acolhimento funcionam como residências temporárias dos usuários, e, assim, projetadas como casas, é fundamental garantir ambientes que permitam a privacidade das pessoas que ali vivem, e, ao mesmo tempo, que favoreçam a criação de redes de pertencimento e de relações entre os que habitam o local. É importante ressaltar que a UA é um recurso dos projetos terapêuticos dos usuários nos percursos de fortalecimento e/ou reconstrução de projetos de vida e, dessa forma, requer um espaço que possibilite, também, a garantia de apoio e suporte.

A equipe da Unidade, em conjunto com a equipe do CAPS de referência, deve ser capaz de articular, planejar e, sobretudo, acompanhar a inserção e relações dos usuários em outros espaços existentes na comunidade, mediando a resolução de conflitos e crises familiares, facilitando o diálogo na garantia de direitos, como inclusão escolar. Principalmente no agendamento nos locais do entorno, mediando relações, ampliando as possibilidades de criação de campos de negociação e de diálogo, e ativando as possibilidades e recursos dos territórios.

A equipe mínima da Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI) é composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação *lato sensu* (mínimo de 360 horas) ou *stricto sensu* (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção:

- a. Profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 01 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 07 às 19 horas;

- b. Profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 04 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia;
- c. Profissionais com nível superior na área de educação, com a presença mínima de 01 (um) profissional em todos os dias da semana, das 07 às 19 horas.

4.3. INGRESSO DE RESIDENTES

O ingresso de residentes no serviço será mediante consentimento do usuário e avaliação prévia do CAPS de referência. A Atenção Básica poderá indicar o ingresso de residentes, em avaliação conjunta com o CAPS de referência. A avaliação para ingresso no serviço será realizada por equipe multidisciplinar, com atendimento individual do usuário e se possível, de sua família. O PTIS deverá ser desenvolvido pelo serviço de atenção em regime de acolhimento, com acompanhamento do CAPS de referência, da Atenção Básica e de serviços das redes de outros setores, considerando o caso a caso. O CAPS de referência é o responsável pela gestão do cuidado e do PTIS durante a permanência do usuário no serviço de atenção em regime de acolhimento.

Parágrafo Único – todo usuário será livre para interromper a qualquer momento a sua permanência no serviço de atenção em regime de acolhimento, caracterizando tratamento voluntário.

4.4. PRECEITOS

As Unidades de Acolhimento deverão seguir os seguintes preceitos:

- Direito do usuário residente ao contato frequente, com visitas regulares, dos familiares desde o primeiro dia de permanência na entidade;
- Estímulo a situações de convívio social entre os usuários residentes em atividades terapêuticas, de lazer, cultura, esporte, alimentação e outras, dentro e fora da entidade;
- Promoção de reuniões e assembleias com frequência mínima semanal para que os usuários residentes e a equipe técnica possam discutir aspectos cotidianos do funcionamento da entidade;
- Promoção de atividades individuais e coletivas de orientação sobre prevenção do uso de álcool, crack e outras drogas, com base em dados técnicos e científicos, bem como sobre os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde;

- Estímulo à participação dos usuários residentes nas ações propostas no PTIS;
- Manutenção, pela equipe técnica da entidade, de registro escrito, individualizado e sistemático contendo os dados relevantes da permanência do usuário residente; e,
- Observância às disposições contidas na Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011, da ANVISA.

4.5. ESTRUTURA FÍSICA

A unidade possui espaço físico adequado ao desenvolvimento de atividades individuais e grupais, incluindo espaço externo para lazer, quartos para até 04 (quatro) pessoas, além de outros cômodos como cozinha, espaço para refeições, banheiros, e outros, conforme o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS e de UA, como lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios, criado pelo Ministério da Saúde. Com este objetivo, as UA devem contar com os seguintes espaços mínimos:

- *Sala de acolhimento de usuários, familiares e visitantes (espaço para atividades, reuniões e visitas):* sala para recebimento de visitas, para reuniões e assembleia dos usuários, reuniões entre a equipe e os usuários, recepção de pessoas externas à Unidade, atividades coletivas, etc.
- *Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (Quartos de Acolhimento Noturno - com 04 camas cada um):* a Unidade de Acolhimento adulto pode ter de 10 (dez) a 15 (quinze) pessoas e a Unidade de Acolhimento infantojuvenil pode ter até 10 (dez) pessoas. Os quartos terão cada um, no máximo, 04 (quatro) pessoas, e deverão contemplar espaço suficiente para armários individuais para que os usuários possam guardar objetos pessoais. As pessoas residirão na UA por um período de até 06 (seis) meses, e, dessa forma os quartos e armários deverão garantir privacidade e possibilidade de apropriação e subjetivação dos espaços, assim como devem ter a mesma dimensão daqueles encontrados em residências comuns.
- *Banheiros com chuveiros adaptados para pessoas com deficiência:* o número de sanitários e chuveiros deverá ser adequado ao número previsto de usuários na UA. Deve conter sanitário e espaço para banho adaptados às pessoas com deficiência.

- *Sala administrativa (Escritório):* sala para reuniões de gestão da unidade, considerando o que implica a gestão cotidiana de uma casa. Poderá ser usada como sala de apoio à equipe técnica. O espaço deverá ser suficiente para contemplar mesas, cadeiras e armários. É importante que esta sala se constitua de fato como local de apoio, de acesso livre aos usuários, e não interfira no ambiente de casa/residência.
- *Sala de TV:* espaço acolhedor, com sofás, cadeiras e poltronas, para a convivência e lazer dos usuários. É importante que esse ambiente seja agradável constituído como um dos locais de compartilhar cenas cotidianas entre os que habitam na UA.
- *Almoxarifado:* espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários (alimentos não perecíveis, material de limpeza, etc.). Pode ser anexa à lavanderia.
- *Refeitório:* o refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia, não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Poderá ter uma mesa grande ou mesas pequenas para o número previsto de usuários, organizadas de forma a propiciar um local agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.
- *Copa/Cozinha:* poderá ser para preparo de todas das refeições ou para a manipulação de alguns alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários.
- *Banheiro com vestiário para funcionários:* banheiro pequeno com espaço para vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas neste documento.
- *Lavanderia:* é uma área de serviço, em que haja espaço para colocar roupa para secar e para a máquina de lavar.
- *Abrigo externo de resíduos sólidos:* área para descarte de lixo doméstico.
- *Área externa de convivência:* área aberta, de circulação de pessoas, com espaços para conviver, estar junto ou, ainda, possibilitar momentos de descanso, de leitura, ou simplesmente um espaço arejado em que o usuário possa compartilhar momentos com o grupo, com familiares e amigos, ou sozinho; um espaço projetado para conviver. Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, de acordo com os contextos socioculturais, etc.
- *Área externa de convivência para embarque e desembarque de ambulância:* espaço externo suficiente para entrada e saída de ambulâncias.

5. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SAÚDE MENTAL

5.1. NA ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no território de Saúde de Porto Velho:

- Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Saúde da Família (USF);
- UPA 24h e Policlínicas;
- SAMU 192;
- Portas hospitalares de atenção às urgências – Pronto Socorro João Paulo II;
- Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos – Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro; e,
- Atenção domiciliar – Melhor em Casa.

5.1.1. SITUAÇÃO DE CRISE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

A RAPS nos componentes de Atenção Básica e Especializada tem seu âmbito de atuação no território à responsabilidade pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado as situações de urgência e emergências, dentro de sua capacidade técnica e ética. Em sua fase aguda o transtorno mental, seja ele ou não decorrente do uso de Crack, álcool e outras drogas, é um momento que deve ser entendido como de maior vulnerabilidade em que a pessoa está em agravado sofrimento psíquico, de desorganização, agitação, confusão mental ou de aumento da intensidade do transtorno de humor, o que acarreta risco social e ou de danos à saúde, portanto demanda maior apoio psicossocial no território em que o indivíduo está vinculado.

Na Atenção Básica (UBS com apoio matricial do NASF) ou Especializada (CAPS) deve-se entender este momento de crise, desencadeado muitas vezes por razões socioeconômicas ou decorrentes do ciclo da vida (perdas, morte, envelhecimento, etc.) como parte de sua responsabilidade na prevenção, promoção de cuidados em saúde mental, reabilitação e redução de danos. Desenvolvendo assim novas práticas terapêuticas para o acolhimento e manejo clínico da situação de crise.

Algumas estratégias possíveis:

- Vinculação do usuário com profissional ou equipe de referência;
- Ao identificar o usuário em situação de crise, fazer escuta em local mais reservado, nunca em salas de espera ou locais de muito movimento de pessoas, evitando expor sua vida pessoal ou ferir sua dignidade;
- Evitar medir forças com a pessoa em quadro agudo;
- Evitar risos ou outras demonstrações de humor, o paciente pode não ter

condições neste momento de avaliar corretamente a realidade, e pode ter reações inesperadas;

- Em casos de grande agitação psicomotora ou de potencial agressividade evitar ficar em local sozinho com o usuário;
- Comunicar a outros membros da equipe a situação de crise e buscar apoio de outros profissionais;
- Quando possível em um segundo momento após a escuta inicial da queixa, mais calmo e organizado é coerente verificar os sinais vitais do paciente;
- Manter o paciente em observação em local apropriado, de preferência fazer contato com familiares e ou tranquilizar seu (s) acompanhante(s);
- Conforme a evolução que implique em agravamento do quadro psiquiátrico fazer contato com o SAMU 192 para remoção do paciente, para uma sala de estabilização ou porta de entrada hospitalar.

FIGURA VIII: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Expomos acima algumas situações de crise em que: (1) o usuário já possui alguma vinculação com o serviço de saúde, equipe ou profissional de referência; (2) é possível manejo verbal da situação; (3) o transtorno mental agudo não representa perigo real e imediato a ele ou a terceiros; (4) o usuário não demanda prioritariamente de internação hospitalar, seja pelo quadro psiquiátrico ou pela comorbidade clínica; e (5) ele não está em abstinência, intoxicação severa ou *overdose*.

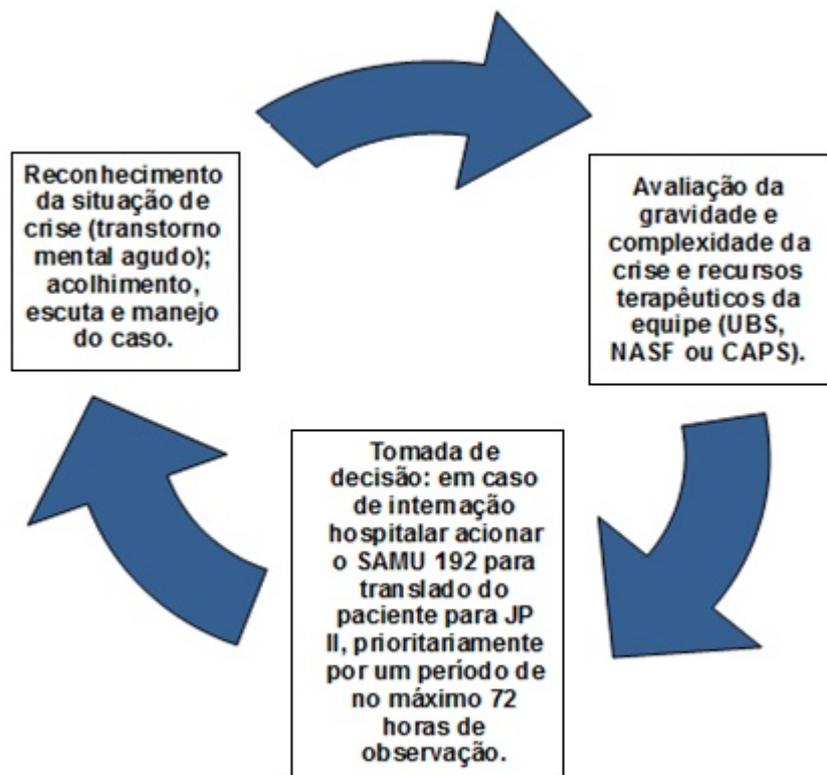
E mesmos pacientes que demandem remoção e internação em leito de saúde mental em Hospital Geral, devem prioritariamente ficar em período de no máximo 72 horas,

buscando estabilizá-lo em detrimento de uma internação psiquiátrica de maior duração, evitando quebra de vínculos e criação de estigma.

As urgências e emergências configuram-se em quadros psiquiátricos graves como: crises graves de ansiedade, tentativas de suicídio, surtos psicóticos, intoxicações decorrentes do uso de álcool e drogas, associadas ou não a outras comorbidades clínicas, no qual o paciente está em grande confusão mental, agitação psicomotora ou agressividade auto e heterodirigida, que implica em risco de danos a si e a terceiros.

Nestes casos dificilmente o usuário tem como referência de porta de entrada a UBS ou CAPS na rede de urgência e emergência (RUE), pois em sua maioria os surtos ocorrem em âmbito domiciliar ou em ruas e áreas públicas, o que por si só demanda outra estratégia e ferramentas da RUE.

FIGURA IX: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A SITUAÇÃO DE CRISE



5.1.2. NÍVEIS DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Diante das diversidades de terminologias, cujos significados são confusas para o próprio meio médico e para os sistemas de saúde, o Manual de Regulação Médica de

Urgências propõe que se passe a adotar o termo urgência para todos os casos agudos que necessitem de cuidados. Sugere, ainda, uma proposta de avaliação multifatorial desses casos, a fim de estabelecer graus ou níveis de urgência que incorporem: gravidade do caso, tempo para início da intervenção, recursos necessários para o tratamento e valor social que envolve cada caso.

QUADRO II: GRAU DE URGÊNCIA

U: Grau de Urgência	$U = \frac{G \times A \times V}{T}$
G: Gravidade clínica do caso: grau de descompensação fisiológica de um ou mais sistemas, determinando deterioração ou perigo para a saúde ou a vida de alguém, independente da doença causadora.	
A: Atenção: recursos necessários para efetuar o tratamento (acrescentamos cotejados com os recursos presentes no local da demanda).	
V: Valência: valor social que envolve o caso – aspectos relativos a pressão social para o atendimento, independente da gravidade clínica do caso.	
T: Tempo para iniciar o tratamento: relação inversamente proporcional	

Nível I: Urgência de prioridade absoluta: casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediata ou secundária, características de situação de Urgência Psiquiátrica Vermelha: intoxicações graves (*delirium tremens* ou *overdose*), agitação psicomotora extrema; tentativa de suicídio e/ou homicídio; comportamento violento; paciente desmaiado, vítima de violência (física; psíquica e/ou sexual); agressividade auto e heterodirigida, efeitos adversos da medicação, e outras comorbidades.

- Acionar o SAMU para encaminhamento junto ao Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, sendo este o responsável por encaminhar ao Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (Leito em Psiquiatria). Em alguns casos, como *delirium tremens* ou paciente desmaiado, o paciente pode ser encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

Nível II: Urgência de prioridade moderada: casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas, características de situação de Urgência Psiquiátrica Amarela: Quadro agudo de sofrimento psíquico intenso, distúrbios situacionais graves (família, morte, etc.), ideação suicida e/ou atitude suicida, alucinação e/ou desorientação.

- Acionar o SAMU para encaminhamento junto ao Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, sendo este o responsável por encaminhar ao Hospital de Base Dr. Ary

Pinheiro (Leito em Psiquiatria), quando esgotarem as estratégias do CAPS ou quando o mesmo não atender as condicionantes determinadas.

Nível III: Urgência de prioridade baixa: casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas, possui característica de situação de Urgência Psiquiátrica, sendo caracterizado como Risco Verde.

- Acionar o SAMU para encaminhamento junto ao Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, apenas se o quadro evoluir para o Risco Amarelo e quando esgotarem as estratégias do CAPS ou o mesmo não atender as condicionantes determinadas no risco supramencionado.

Nível IV: Urgência de prioridade mínima: situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos, possui característica de situação de Urgência Psiquiátrica, sendo caracterizado como Risco Azul.

- Acionar o SAMU para encaminhamento junto ao Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, apenas se o quadro evoluir para o Risco Amarelo e quando esgotarem as estratégias do CAPS ou o mesmo não atender as condicionantes determinadas no risco supramencionado.

5.1.3. SITUAÇÃO DE CRISE

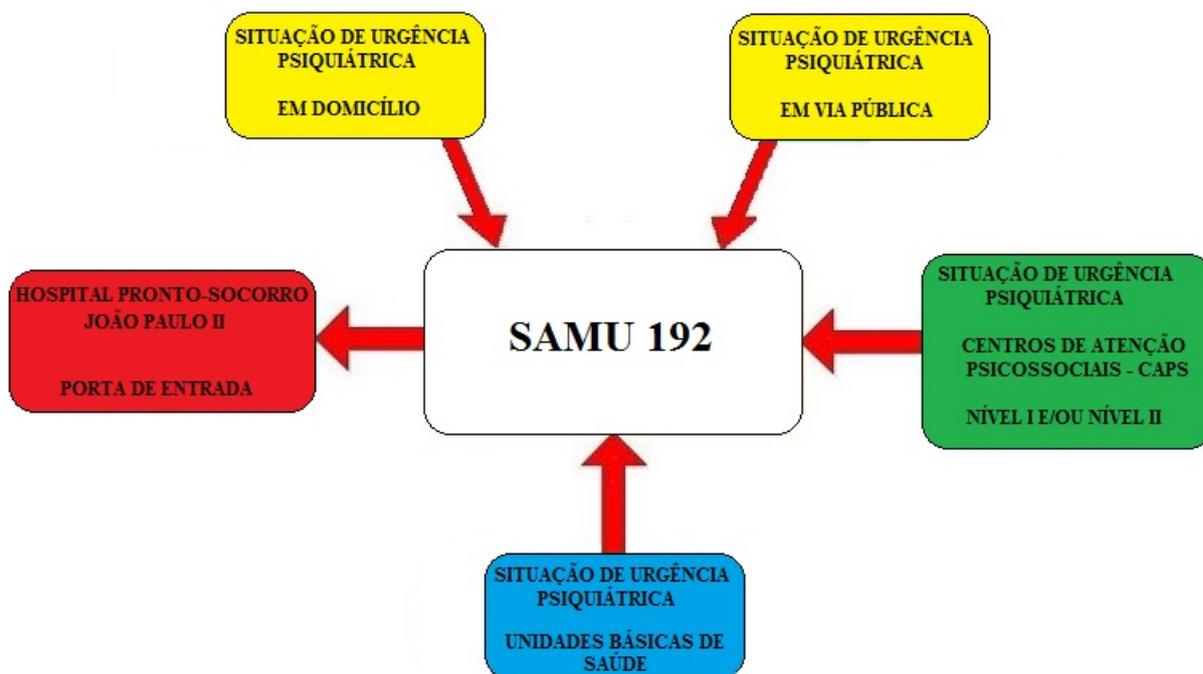
A expressão “crise”, em psiquiatria, foi usada, em diferentes épocas, com significados diversos. Tradicionalmente chama-se de crise qualquer perda abrupta da homeostase: o desequilíbrio causado por alguma novidade inesperada e mal recebido que modifique a vida da pessoa, associada a uma dificuldade pessoal para montar e/ou perder vínculos. Este tipo de crise nem sempre representa uma urgência ou uma emergência em saúde. Ele corresponde a um momento de desajuste ou de desadaptação e de ajustamento a novas circunstâncias.

A crise, nestes casos, refere-se a situações em que, no curso do desenvolvimento de vida, ocorrem vivências conflitivas e rupturas com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que sustentam a pessoa. A crise pode ocorrer em um contexto individual ou em um contexto coletivo, como nos casos de grandes catástrofes sociais.

5.2. URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO SAMU 192

O atendimento à pessoa em crise psiquiátrica, quando ocorre em domicílio e/ou em via pública, é feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. A crise em saúde mental é frequentemente identificada como Urgência Psiquiátrica. Não é raro que os envolvidos telefonem para o número 192 e entreguem o caso ao SAMU para que, dependendo do Grau de Urgência, seja realizado o manejo clínico adequado. Em geral, a Urgência Psiquiátrica deve ser encaminhada ao Hospital Pronto-Socorro João Paulo II, uma vez que o mesmo possui serviço de psiquiatria em caráter de sobreaviso. Dependendo do Grau de Emergência, o atendimento pode ser compartilhado com as Unidades de Pronto Atendimento, a Rede de Atenção Psicossocial e com Unidades de Atenção Básica. Em alguns casos é compartilhada, também, com a polícia e com o Corpo de Bombeiros.

FIGURA X: FLUXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – SAMU 192



O SAMU trabalha com o tempo meticulosamente cronometrado. Rege-se por protocolos onde os atendimentos têm um tempo certo para acontecer. Minutos podem significar a salvação ou a perda de uma vida. As urgências psiquiátricas tendem a desvirtuar essa lógica temporal. Geralmente, exigem mais tempo. Demandam mais do que uma ambulância totalmente equipada e pessoas treinadas para situações de catástrofe. Por precisar

de mais tempo, as Urgências Psiquiátricas eventualmente quebram lógica de prioridades das ocorrências e são sentidas por alguns funcionários como um atrapalho no fluxo dos atendimentos.

Uma rigidez e uma impessoalidade no atendimento pode dificultar a crise, deixando aberto o caminho para sua repetição. Alguns pacientes passam a fazer o circuito cíclico “crise-supressão-crise”, sem fim, como que para testar o atendimento, confirmando sua resolubilidade apenas momentânea.

O SAMU, ao identificar o Grau de Urgência, deve encaminhar o paciente ao serviço adequado a sua resolutividade. Urgência Psiquiátrica de Nível I (Vermelha) deve ser encaminhada ao Hospital Pronto-Socorro João Paulo II; e Nível II (Amarela) deve ser encaminhado ao Hospital Pronto-Socorro João Paulo II quando o paciente não se encontra em tratamento no CAPS e/ou não é possível o manejo verbal, os Níveis III (Verde) e IV (Azul) não são considerados situações de Urgência Psiquiátrica.

O SAMU tem um papel importante em identificar o Grau de Urgência, sendo o Hospital Pronto-Socorro João Paulo II a referência para casos de Urgência Psiquiátrica e porta de entrada aos leitos psiquiátricos do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, destinados a casos complexos e graves, que extrapolam a capacidade de atendimento em outros serviços.

O médico regulador do SAMU, ao enviar a unidade móvel de suporte básico de vida, deve se certificar de que a ambulância dispõe de fármacos com atividade psicoativa ou com capacidade de promover sedação em situações de Urgência ou Emergência. Como regra, todas as unidades básicas precisam ter *prometazina*, *haloperidol* e *diazepam*, para uso oral e para uso injetável. A medicação é fundamental para que a abordagem – diminuindo ao máximo a necessidade de contenção mecânica – seja humanizada. Por outro lado, o uso de medicamentos psicotrópicos deve seguir regras científicas, evitando a aplicação indiscriminada e irracional.

5.3. NA ATENÇÃO HOSPITALAR

A internação em leito de saúde mental em Hospital Geral, deve prioritariamente privilegiar um período de 72 horas para estabilizar o paciente em casos graves, oferecendo tratamento hospitalar ao paciente de forma integral, avaliando não só o transtorno mental, mas considerando seu quadro clínico geral. Mesmo internação de maior prazo deve ser de curta duração e em acordo com a Lei 10.216 e a Portaria 3.088, que delimitam as formas de

internação (voluntária, involuntária e compulsória) bem como Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Enfermarias Especializadas.

FIGURA XI: FLUXOGRAMA DE MAPA DE RISCO



Do mesmo modo a Portaria 3.088 define que os leitos ou enfermarias “em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS”.

Assim sendo:

O acesso aos leitos neste ponto de atenção deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência. No caso do usuário acessar a rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso. (BRASIL, 2011).

6. PARTICULARIDADES

6.1. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Em 2004 a Portaria GM/1.608 institui o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil que é um espaço de debate coletivo, de caráter representativo e deliberativo, composto por representantes de diversas instâncias entre instituições governamentais, setores da sociedade civil e entidades filantrópicas. Este Fórum se propõe como instrumento de gestão do cuidado e proteção à criança e o adolescente em situação de grave sofrimento psíquico, discutindo as principais diretrizes que devem orientar os serviços de saúde mental ofertados a essas populações. Dentre as diretrizes, destacam-se: a responsabilização pelo cuidado, devendo os serviços agenciar o cuidado bem como estarem abertos à comunicação com outros dispositivos, seguindo a lógica da formação de uma rede ampliada de atenção; comprometer os responsáveis pela criança/adolescente a ser cuidado no processo de atenção, situando-os igualmente enquanto sujeitos de demanda; e conduzir as ações de modo a estabelecer uma rede ampliada de cuidado, sendo cada profissional corresponsável pelos encaminhamentos e decisões.

Estimativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) definem que cerca de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes está a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade. Como também aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes (BRASIL, 2005, p. 5).

Toda e qualquer ação voltada para a saúde mental de crianças e jovens precisa estabelecer parcerias com outras políticas públicas, como assistência social, educação, cultura, esportes, direitos humanos e justiça, tendo em vista a ampliação e reforço dos laços sociais com as partes que compõem seu território. É importante ainda estabelecer interfaces com setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que prestam relevante atendimento nessas áreas segundo o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (2004).

6.1.1. PRINCÍPIOS

- A criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito;
- Acolhimento universal;
- Encaminhamento implicado;
- Construção permanente da rede;

- Território;
- Intersetorialidade na ação do cuidado.

6.1.2. DIRETRIZES OPERACIONAIS DAS AÇÕES DE CUIDADO

- Reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que o acompanha – como o portador de um pedido legítimo a ser levado em conta, implicando uma necessária ação de acolhimento;
- Tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha;
- Conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva, quanto social;
- Comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeito da demanda;
- Garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentado nos recursos teórico-técnicos e de saber disponíveis aos profissionais, técnicos ou equipe atuantes no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidas pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados;
- Manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção. As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida.

6.1.3. FATORES A SEREM CONSIDERADOS

- Avaliação da criança/adolescente: sintomas (qualidade, duração, etc.), fatores do desenvolvimento, alimentação, sono, atividades de lazer, escola, histórico clínico, etc.;
- Avaliação da família: histórico; dinâmica de funcionamento, qualidade das relações interpessoais, recursos pessoais no cuidado, situação socioeconômica, condições de moradia, etc.;
- Avaliação do Território: Escola, recursos da comunidade, qualidade e grau de envolvimento da criança/adolescente e sua família com estes recursos;
- Fatores de risco: violência doméstica, tentativa de suicídio, instabilidade/ escassez de vínculos afetivos significativos, histórico de abuso de substâncias psicoativas, história familiar;
- Recursos da Rede: oferta de atendimento, tempo de espera, etc.

Atualmente, os serviços de saúde mental do município de Porto Velho estão organizados com equipe de psicólogos e psiquiatras e com um Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes - CAPSi e um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas - CAPSad, que são serviços especializados para casos cuja gravidade e persistência dos agravos demandem atenção interdisciplinar e intensiva. Os casos menos graves que não demandem atenção especializada serão atendidos em conjunto pelas equipes de ESF em parceria com as equipes de saúde mental dos territórios.

O CAPSi é, então, um serviço de Saúde Mental de referência para o tratamento de crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais graves, que necessitem atenção especializada e interdisciplinar. Destina-se a todas as crianças e adolescentes moradoras de Porto Velho/RO que por sua condição psíquica estão impossibilitadas de estabelecer e manter relações sociais na família, escola e comunidade, ou que tenha prejuízo na sua saúde em geral.

Os casos em que houver comprometimento da rotina de vida da criança, ausência do brincar, presença de sintomas agudos e persistentes, comportamento de risco, comprometimento do desenvolvimento da criança/ adolescente com dificuldade da família em desempenhar sua função de cuidado, entre outros agravos que prejudiquem consideravelmente suas possibilidades de desenvolvimento, a equipe de apoio em saúde mental deverá ser acionada e se for avaliada a necessidade, a criança/adolescente e sua família deverão ser encaminhados para o CAPSi.

Os casos de crianças e adolescentes em que for constatado o uso abusivo ou dependência de drogas deverão ser articuladas ações em conjunto entre o CAPSad e CAPSi. Os casos de crianças e adolescentes de até 15 anos, previamente avaliados pelos serviços de referência, que necessitam de internação, será estabelecidos o encaminhamento para o melhor atendimento que o caso requer, após discussão com a equipe médica da instituição.

Os critérios de internação são os que trazem risco de vida à criança, ou que não haja suporte para tratamento domiciliar. Particularidades na infância e adolescência serão discutidas nos tratamentos segundo linhas de cuidado, nos capítulos subsequentes.

6.1.4. MANEJO

A relação terapêutica entre os clínicos e os membros relevantes da família é essencial para eficácia do acompanhamento da criança. Uma série de orientações importantes pode ser utilizada no processo de estabelecimento e criação de parceria.

6.1.4.1. ORIENTAÇÕES PARA OS PAIS

- Os pais devem ser orientados sobre o seu papel na educação e acompanhamento do desenvolvimento da criança;
- Os pais devem ser levados a compreender seu papel como agentes de mudança no comportamento infantil;
- Devem ser orientados a conversar com a criança;
- Dar instruções claras e com tranquilidade;
- Estabelecer regras básicas e claras;
- Dedicar um tempo em companhia dos filhos;
- Dar bom exemplo, no que diz respeito a cumprir os combinados e promessas feitas, seguir em condutas aquilo que se propõe em palavras;
- Estabelecer relação sensível e afetuosa com a criança percebê-la com a intenção de compreender suas necessidades;
- Proporcionar e participar de atividades junto às crianças;
- Incentivar atitudes de independência e autonomia como: pergunte; peça você mesmo; faça. Procure evitar fazer tudo pela criança retirando sua capacidade de aprender a se movimentar no mundo;
- Devem incentivar o brincar de forma cooperativa;
- Devem ajudar a criança desenvolver habilidades e/ou a percepção no cuidado de si mesmo, higiene, autoestima e cuidado com os próprios pertences; e,
- Essas orientações devem acontecer de maneira a considerar os referenciais socioculturais da família em questão.

7. ANSIEDADE

7.1. RELEVÂNCIA E EPIDEMIOLOGIA

Ansiedade é uma experiência humana universal, podendo ser uma reação normal do indivíduo ou um sintoma. A ansiedade normal é um estado de medo ou sentimento subjetivo de apreensão e angústia, e funciona como um sinal de alerta diante de situações novas, produzindo reações defensivas contra o estresse. Pode desencadear reações autonômicas como palpitações e diarreia, mas é suportável.

Ansiedade passa a ser patológica quando surge sem estímulo apropriado ou proporcional para explicá-la, com intensidade, duração e frequência aumentadas e associada a prejuízo do desempenho social ou profissional do indivíduo. Pode ser sintoma de doença física (asma, angina), doença mental (depressão, delírio) ou a própria doença mental (transtornos de ansiedade).

A avaliação que o indivíduo faz do risco que as situações representam e dos recursos de que dispõe para enfrentá-la influem na intensidade com que a ansiedade é sentida. Nos transtornos de ansiedade, esta avaliação comumente está distorcida: a percepção subjetiva do perigo pode ser exagerada, e a dos recursos disponíveis, reduzida.

A ansiedade como sintoma, leve a moderada, possui alta prevalência (50-60%), muitas vezes consistindo de medos irracionais, ataques súbitos de ansiedade e nervosismo que não preenchem critérios de gravidade ou de prejuízo característicos dos transtornos de ansiedade. Diversos estudos apontam a ansiedade como o problema psiquiátrico mais frequente na atenção básica.

Um estudo populacional brasileiro encontrou 18% de prevalência geral dos transtornos de ansiedade na população adulta, enquanto um estudo multicêntrico internacional da OMS encontrou prevalência global de transtorno de ansiedade generalizada de 7,9% da população atendida em centros de atenção básica.

Transtornos de ansiedade são duas vezes mais frequentes em mulheres e dez vezes mais frequentes em familiares de portadores de transtornos mentais. A comorbidade com outros transtornos mentais é a regra. A comorbidade entre depressão e ansiedade generalizada, por exemplo, que é a mais comum em atenção básica (pode chegar a 62%), piora o prognóstico de ambas as condições.

Em resumo, os transtornos de ansiedade são comuns, geram considerável sofrimento e alto custo social, pela maior utilização dos serviços de saúde e pelo prejuízo à capacidade de trabalho, tendem a ser crônicos e repetitivos, e são frequentemente subdiagnosticados e

subtratados. Os profissionais de saúde e os pacientes devem saber que existem alternativas terapêuticas eficazes disponíveis.

7.2. COMO AVALIAR E ABORDAR

Os transtornos mentais na atenção básica se apresentam mais frequentemente com sintomas somáticos do que psicológicos principalmente sintomas de excitação autonômica não explicável por outro diagnóstico clínico. Estes múltiplos sintomas físicos podem ser o principal obstáculo para o diagnóstico correto; quando manifestações subjetivas de ansiedade são as queixas principais, o diagnóstico é realizado corretamente pelos clínicos gerais em até 95% dos casos, mas quando os pacientes enfatizam os sintomas somáticos, o índice de acertos cai pela metade. O clínico deve pesquisar ansiedade em pacientes com:

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

O processo diagnóstico necessita de informações sobre a história pessoal, medicações em uso (inclusive automedicação), antecedentes dos tratamentos prévios e respostas a eles, uso de substâncias psicoativas (nicotina, álcool, cafeína, drogas recreativas), comorbidades clínicas, funcionamento pessoal diário, vida social, manutenção de estressores crônicos e desenvolvimento de sintomas fóbicos e evitativos. Nem sempre é fácil distinguir entre ansiedade “normal” e um transtorno de ansiedade.

O diagnóstico de alguns transtornos tem sido criticado pela possibilidade de medicalização de variações normais (por exemplo, timidez versus fobia social). Medicação normal é tão inadequado quanto não tratar um quadro de ansiedade patológica. Algumas perguntas podem ajudar na avaliação inicial do grau de ansiedade:

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

Não há evidências que permitam recomendar um instrumento validado de rastreamento para transtornos de ansiedade (*screening*), e, portanto, o processo diagnóstico deve ser ancorado nas habilidades de entrevista clínica dos profissionais. Critérios

diagnósticos devem ser utilizados sempre que possível, e a necessidade do tratamento é determinada pela severidade e persistência dos sintomas, presença de comorbidade psiquiátrica ou doença clínica, nível de incapacidade e impacto no funcionamento social.

7.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial deve descartar ansiedade induzida por fármacos, intoxicação ou abstinência de drogas ou psicotrópicos e outras condições clínicas que podem se apresentar com sinais e sintomas de ansiedade. Também se devem excluir outras doenças psiquiátricas devido à alta comorbidade, principalmente com depressão (60% dos casos de depressão tem sintomas ansiosos associados), abuso de substâncias, outros transtornos de ansiedade e doenças clínicas. O problema principal a ser tratado deve ser discutido com o paciente, e o uso de uma linha temporal pode ajudar a identificar quando os vários sintomas ou problemas se desenvolveram.

Devem-se investigar outras etiologias orgânicas na presença de sintomas atípicos como perda de consciência, alteração da marcha, liberação de esfíncteres, fala pastosa, cefaleia; e o início após 45 anos de idade.

Inúmeras doenças cardíacas podem mimetizar sintomas ansiosos, entre elas arritmias, *angina pectoris* e infarto do miocárdio. Frequentemente o diagnóstico requer um eletrocardiograma. A dor anginosa, em geral, é mais intensa, prolongada e em compressão, enquanto a dor ansiosa é mais superficial e aguda.

O hipertireoidismo pode provocar crises de ansiedade, taquicardia e sudorese, sendo sugeridas dosagens de T3, T4 livre e TSH numa avaliação inicial. O hiperparatireoidismo, menos frequentemente, pode se manifestar com crises de ansiedade, sendo necessária a dosagem sérica de cálcio. A hipoglicemia, que pode ocorrer ocasionalmente em até 40% da população, pode causar ansiedade, mas a única maneira de estabelecer a relação causal é com dosagem da glicemia no momento dos sintomas.

Os feocromocitomas, embora raros, devem ser lembrados no diagnóstico diferencial, principalmente quando as crises se associam a cefaleia severa e hipertensão. As doenças do labirinto se diferenciam, por cursarem com vertigem e náuseas, enquanto a ansiedade mais comumente causa tontura e atordoamento. O exame físico é geralmente suficiente para descartar a ocorrência de crise asmática ou doença pulmonar obstrutiva.

7.4. TRATAMENTO: MANEJO GERAL

Deve-se oferecer tratamento imediato na atenção básica, devido às vantagens de se diminuir abandono e por estes serviços serem frequentemente preferidos pelos pacientes em virtude da proximidade, do vínculo com a equipe e da não existência do estigma que há em relação à equipe de saúde mental. Todas as decisões do processo de cuidado devem ser compartilhadas entre o indivíduo e os profissionais de saúde, pois parcerias terapêuticas efetivas diminuem o abandono e melhoram os resultados do tratamento.

O acesso à informação é parte valiosa de qualquer projeto terapêutico, e estas devem ser apresentadas de forma clara e em linguagem acessível. Deve-se informar sobre natureza, curso e tratamento da doença, incluindo informações sobre uso correto e efeitos colaterais da medicação. Deve-se encorajar a participação em grupos de suporte e autoajuda, uma vez que tais grupos também promovem compreensão e colaboração entre pacientes, familiares e equipe de saúde.

7.5. INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS

Algumas abordagens psicoterapêuticas mostraram-se tão eficazes quanto os tratamentos farmacológicos no tratamento dos transtornos de ansiedade. A eficácia da associação entre ambos é superior a qualquer um dos dois isoladamente. Deve ser oferecida ao indivíduo a possibilidade de escolha entre estas abordagens, desde que haja disponibilidade local. Deve ser enfatizado que, assim como no tratamento farmacológico, a melhora não é imediata com o tratamento psicológico, e a continuidade do atendimento é necessária para uma resposta favorável. Inúmeras intervenções psicoterapêuticas podem ser úteis se bem indicadas:

- Psicoeducação sobre ansiedade e hábitos de vida;
- Técnicas de manejo imediato de ansiedade (relaxamento, controle da respiração);
- Técnicas de exposição a situações fóbicas com o objetivo de treinar habilidades de enfrentamento; e,
- Grupos de autoajuda e de apoio.

7.6. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- Identificar a presença de ansiedade e avaliar seu grau e impacto na vida do indivíduo;
- Estabelecer boa comunicação, ouvindo e perguntando de forma aberta;
- Afastar (ou tratar) doenças físicas, quadros de abstinência e efeitos colaterais de

fármacos;

- Diagnosticar o transtorno específico e as comorbidades, sempre que possível;
- Iniciar tratamento farmacológico e/ou encaminhar para tratamentos psicológicos e/ou grupos de apoio;
- Acompanhar os casos não complicados.

Os únicos medicamentos que devem ser utilizados no tratamento de longo prazo dos transtornos de ansiedade são os antidepressivos. Todo paciente que receber antidepressivos deve ser informado que essas drogas não geram tolerância e fissura, mas podem causar sintomas de retirada se interrompidas sem orientação médica. Também se deve informar sobre os efeitos colaterais, principalmente a possível piora inicial na ansiedade, e o tempo de latência prolongado para o efeito terapêutico (8-12 semanas). Para minimizar a ansiedade inicial, deve-se iniciar com doses baixas (fluoxetina 10mg, imipramina 25mg) e aumentar gradativamente ao longo de algumas semanas, mas em alguns casos podem ser necessárias – e devem ser usadas - doses próximas ao limite superior da faixa terapêutica (por exemplo, fluoxetina 40mg ou imipramina 200mg).

Se o paciente melhora com o antidepressivo, este deve ser mantido por no mínimo seis meses após a remissão dos sintomas, na dose em que esta foi alcançada, e só então deve começar a ser diminuído. Na retirada ou diminuição de dose, os sintomas mais comuns são tontura, sonolência, distúrbios gastrintestinais (náuseas/vômitos), cefaleia, sudorese, ansiedade e distúrbios do sono. Se forem leves, devem ser manejado com orientação e suporte; se forem intensos, o agente deve ser reinstituído e retirado de maneira mais gradual. Quando houver retorno dos sintomas originais de ansiedade na retirada do medicamento (por exemplo, ataques de pânico), deve ser considerada sua manutenção por períodos maiores.

7.7. CLASSIFICAÇÃO E MANEJO DE TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE ANSIEDADE

7.7.1. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

Este é, provavelmente, o transtorno de ansiedade mais comum entre as pessoas que comparecem a um serviço de atenção básica (estimado em 8%), sendo que a sua prevalência ao longo da vida é estimada em cerca de 5%. Os sintomas se desenvolvem de forma insidiosa e ficam mais comuns com aumento da idade. Os pacientes com TAG apresentam uma alta comorbidade com outros transtornos psiquiátricos (até 90% ao longo da vida) sendo os mais comuns os transtornos de humor e transtornos de pânico. É especialmente comum entre donas de casa e, entre os homens, mais comum entre os solteiros/separados e desempregados.

O TAG é caracterizado por preocupações excessivas (mantidas ou flutuantes), desnecessárias (diante de qualquer estímulo), com duração prolongada (meses), que fogem do controle do paciente e geram sintomas somáticos como inquietude, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, insônia, entre outros. O aspecto essencial é a preocupação constante concomitante aos sintomas somáticos e psíquicos.

Os receios mais frequentes são: medo de adoecer, de que algo negativo aconteça com seus familiares ou medo de não conseguir cumprir com compromissos profissionais ou financeiros. No curso do transtorno, é comum a preocupação mudar de foco.

7.7.1.1. DIRETRIZES DE IDENTIFICAÇÃO

O paciente pode apresentar-se inicialmente com sintomas físicos relacionados à tensão (cefaleia, taquicardia) ou com insônia. A investigação adicional revelará ansiedade proeminente. Sintomas múltiplos de ansiedade ou tensão:

- Tensão mental (preocupação; sentir-se tenso ou nervoso, dificuldade de concentração);
- Tensão física (inquietação, cefaleia, tremores, incapacidade de relaxar);
- Hiperatividade autonômica (tontura, sudorese, taquicardia, desconforto epigástrico).

Os sintomas podem durar meses e reaparecer frequentemente. São frequentemente desencadeados por eventos estressantes em pessoas com uma tendência crônica à preocupação.

7.7.1.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Se o humor deprimido for proeminente, veja Depressão;
- Se tiver ataques súbitos de ansiedade não provocados, veja Transtorno do Pânico;
- Se tiver medo e evitação de situações específicas, veja Transtornos Fóbicos; e,
- Se tiver uso pesado de álcool e drogas, veja Transtornos por uso de Substâncias Psicoativas.

7.7.1.3. DIRETRIZES DE TRATAMENTO

- Encorajar o paciente a praticar métodos de relaxamento diários para reduzir os sintomas físicos de tensão.
- Encorajar o paciente a envolver-se em atividades prazerosas e exercícios físicos e a retomar atividades que foram úteis no passado.
- Identificar e desafiar preocupações exageradas ou pensamentos pessimistas podem reduzir os sintomas de ansiedade.

Métodos estruturados de solução de problemas podem ajudar os pacientes a manejar os estresses atuais que contribuem para os sintomas de ansiedade:

- Identificar eventos que desencadeiam preocupação excessiva;
- Discutir o que o paciente está fazendo para manejar esta situação, identificar e reforçar coisas que estão funcionando;
- Identificar algumas medidas específicas que o paciente pode tomar nas próximas semanas.

7.7.1.4. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A medicação não deve ser a abordagem principal no tratamento da TAG. Ela pode ser usada se sintomas de ansiedade significativos persistem apesar das recomendações e no caso de comorbidade com depressão ou outros transtornos de ansiedade.

Antidepressivos (fluoxetina 20-60mg ou imipramina 75-200mg; quando houver contra-indicação ou falha a estes, sertralina 50-200mg) devem ser os únicos medicamentos usados no tratamento em longo prazo da ansiedade generalizada. São eficazes, não levam à dependência ou sintomas de rebote e tratam as frequentes comorbidades.

Benzodiazepínicos, devem ser usados, preferencialmente, como coadjuvantes do tratamento, por até 04 semanas, depois das quais se deve reduzir a dose e descontinuar gradativamente a medicação. Há perda da eficácia em longo prazo.

Usar a menor dose eficaz no alívio da ansiedade. As medicações com meia-vida mais longa são mais fáceis de retirar (diazepam). Pode ocorrer piora da ansiedade após a retirada. Sempre alertar para o risco de dependência. Atenção para efeitos colaterais sobre o SNC (sedação, prejuízo da coordenação motora e da concentração, distúrbios de memória), principalmente em idosos e usuários de outros psicotrópicos.

- Diazepam 5-10mg ou lorazepam (idosos e hepatopatas) 1-2mg; ambos 1-3 vezes ao dia; e,
- Tratamentos psicossociais e farmacológicos em associação podem ter vantagens sobre qualquer uma das modalidades isoladas em casos moderados a graves.

7.7.1.5. PARTICULARIDADES EM GRUPOS ESPECÍFICOS

7.7.1.5.1. CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O padrão de início do TAG é diferente dos demais transtornos de ansiedade; enquanto a maioria destes começa no início da vida adulta, a prevalência do TAG é baixa em

adolescentes e adultos jovens e aumenta com a idade (a partir de 35 anos em mulheres e 45 anos em homens).

Em crianças, podem ser proeminentes a necessidade frequente de reassseguramento e as queixas somáticas recorrentes. Alguns tratamentos psicossociais utilizados com adultos podem ser úteis em crianças e adolescentes, particularmente o exercício físico regular, que parece contribuir para prevenção do aparecimento e diminuição da intensidade tanto de sintomas ansiosos como depressivos.

As medicações utilizadas em adultos não devem ser utilizadas nesta faixa etária pela falta de evidências de eficácia. Em caso de sintomas somáticos ou nervosismo proeminente com investigação clínica inconclusiva, a criança/adolescente deve ser encaminhada para avaliação por profissional da equipe de saúde mental.

7.7.2. TRANSTORNO DE PÂNICO

A prevalência ao longo da vida para esse transtorno é 3,5%, em serviços de atenção primária fica entre 4% e 6%, e em alguns serviços especializados pode chegar a 16% (clínicas para distúrbios vestibulares). A prevalência para ataques de pânico é de 10% na população geral ao longo da vida, mas apenas um em cada seis destes preencherá critérios diagnósticos de TP. Entre indivíduos com TP a prevalência de comorbidade com depressão é de 50% a 60%.

Uma das maiores características na descrição de um paciente com TP é a natureza física dos sintomas. Enquanto no TAG a preocupação e a tensão são predominantes, no TP o paciente inicia descrevendo a doença com referência ao coração, pulmão e trato gastrointestinal. Os ataques de pânico estão entre os diagnósticos mais frequentes que levam um paciente a procurar atendimento de emergência; 90% dos pacientes com TP acreditam veementemente que têm um problema físico e não um problema psiquiátrico ou psicológico.

É muito comum o paciente fazer uma verdadeira “peregrinação”, consultando-se com diversos especialistas e fazendo inúmeros exames, na maioria das vezes desnecessárias. Os ataques de pânico são mais frequentes nas mulheres e a incidência é maior entre a puberdade e os 35 anos.

O tratamento precoce é essencial para reduzir as consequências físicas e sociais, e o manejo adequado dos primeiros ataques de pânico iniciais pode prevenir o desenvolvimento ou agravamento de um TP crônico. A característica essencial do TP é a presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados.

O ataque de pânico é um quadro de início agudo, com sensação súbita e inesperada de terror, associada a muitos sintomas autonômicos, em particular os cardiorrespiratórios (taquicardia, dispneia, sensação de asfixia, desconforto torácico, vertigem), além de sudorese, tremores, náuseas, desrealização, parestesias, ondas de frio e de calor e medo intenso de morrer, ficar louco ou perder o controle.

Outro componente importante é a ansiedade antecipatória, em que o paciente desenvolve a preocupação constante de ter um novo ataque, surgindo um estado de ansiedade crônica. Alguns pacientes podem desenvolver um terceiro componente, a evitação fóbica. Eles ficam tão temerosos de sofrerem um novo ataque que evitam estar em locais ou situações de onde seja difícil ou embaraçoso escapar ou obter ajuda.

Este medo de passar mal e não ter como sair de uma situação ou ser atendido chama-se agorafobia. Isso leva o indivíduo a evitar situações como ficar sozinho em casa, estar em lugares com muitas pessoas, etc. Em geral o paciente enfrenta melhor estas situações quando acompanhado, mesmo que esta companhia seja incapaz de ajudá-lo, como uma criança ou animal de estimação. A agorafobia grave pode ser totalmente incapacitante, sendo indicativo de prognóstico desfavorável no longo prazo. A agorafobia está presente em dois terços dos casos de TP.

7.7.2.1. DIRETRIZES DE AVALIAÇÃO

Ataques sem explicação de ansiedade ou medo que começam subitamente desenvolvem-se rapidamente e podem durar apenas alguns minutos. Os ataques, frequentemente, ocorrem com sintomas físicos como palpitações, dor no peito, sensações de sufocação, estômago embrulhado, tontura, sensação de irrealidade ou medo de desastre pessoal (de perder o controle ou ficar louco, ataque cardíaco, morte súbita).

Um ataque, frequentemente, leva a medo de outro ataque e evitação de lugares onde os ataques ocorreram. Os pacientes podem evitar exercícios ou outras atividades que podem produzir sensações físicas semelhantes àsquelas de um ataque de pânico.

7.7.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Muitas condições médicas podem causar sintomas semelhantes a ataques de pânico (arritmias, isquemia cerebral, doença coronariana). A história e o exame físico são suficientes para excluir muitas destas condições. Se os ataques ocorrem apenas em situações específicas

temidas, veja Transtornos Fóbicos. Se humor deprimido ou melancólico também estiver presente, veja Depressão.

7.7.2.3. DIRETRIZES DO TRATAMENTO

Aconselhar o paciente a dar os seguintes passos, se ocorrer um ataque de pânico:

- Permaneça onde estiver até que o ataque passe.
 - Concentre-se em controlar a ansiedade, não nos sintomas físicos.
 - Pratique respiração lenta, relaxada. Respirar muito profundamente ou rapidamente (hiperventilação) pode causar alguns dos sintomas físicos do pânico. A respiração controlada reduzirá os sintomas físicos.
 - Diga a si mesmo que isto é um ataque de pânico e que os pensamentos e sensações assustadores logo passarão.
 - Observe o tempo passando em seu relógio. Pode parecer um longo tempo, mas serão apenas alguns minutos.
 - Identificar medos exagerados que ocorrem durante o pânico (p. ex., o paciente teme que esteja tendo um ataque cardíaco).
 - Discutir formas de desafiar esses medos durante o pânico (p. ex., o paciente lembra a si mesmo “Eu não estou tendo um ataque cardíaco. Isto é um ataque de pânico e passará em alguns minutos”).
1. Grupos de apoio podem ajudar o paciente a manejar os sintomas de pânico e a superar os medos.
 2. Tratamentos psicoterápicos:
 - Tratamentos psicossociais e farmacológicos em associação podem ter vantagens sobre qualquer uma das modalidades isoladas em casos moderados a graves.
 - Na agorafobia persistente as técnicas de exposição progressiva a estímulos adquirem grande importância.
 - Existem alguns tratamentos psicoterápicos específicos que demonstraram ser tão eficazes quanto ao uso de fármacos, e com resultados mais duradouros.
 3. Tratamento medicamentoso.

Muitos pacientes se beneficiarão do aconselhamento e podem não precisar de medicação. Se os ataques são frequentes e graves, ou se o paciente está deprimido, antidepressivos podem ser utilizados; idealmente, estes devem ser os únicos medicamentos utilizados no manejo do transtorno do pânico (fluoxetina 20-60mg, mais bem tolerado e eficaz na redução dos ataques; sertralina 50-200mg, quando houver contraindicação ou falha com os outros; como alternativa para casos resistentes, pode-se utilizar nortriptilina 50-150mg).

7.7.2.4. EVITAR EXAMES OU MEDICAÇÕES DESNECESSÁRIAS

Benzodiazepínicos não devem ser utilizados rotineiramente como tratamento dos transtornos do pânico, e nunca em monoterapia, pois estão relacionados a piores resultados no longo prazo e alto índice de dependência. Se avaliado como necessário, seu uso segue as mesmas recomendações e precauções da TAG.

7.7.3. TRANSTORNOS FÓBICOS

A fobia específica acomete cerca de 5% a 10% da população geral e a fobia social em torno de 3%. Os sintomas aparecem na infância ou no início da vida adulta e o curso, geralmente, é crônico. Fobias específicas são mais comuns nas mulheres e geralmente acarretam pouco prejuízo funcional.

7.7.3.1. FOBIAS ESPECÍFICAS

As fobias específicas acometem cerca de 10% da população geral. Costumam se iniciar na infância e, se não forem graves nem ocorrerem em comorbidade, podem desaparecer sem tratamento, mas comumente persistem por toda a vida. Geralmente, a fobia é evitada com facilidade e não gera prejuízo social, mas indivíduos com fobias específicas têm cinco vezes mais chances de apresentarem outro transtorno psiquiátrico ao longo da vida. O tratamento é por meio de técnicas de exposição gradual aos estímulos fóbicos, e costuma ser eficaz em 70% a 85% dos casos.

7.7.3.2. AGORAFOBIA

Caracterizada pelo medo de sair de casa ou de estar em situações em que o socorro não é possível. Podem ser diversas as situações evitadas (andar de ônibus ou avião, sair de casa, viajar, entrar em filas ou lugares fechados), mas o que unifica é o medo de passar mal e não ter socorro fácil ou imediato. É o mais incapacitante dos transtornos fóbicos, muitas vezes limitando o paciente ao confinamento no lar, e pode levar ao suicídio. O tratamento consiste em psicoterapia, técnicas de exposição gradual e medicação para a ansiedade e sintomas depressivos associados.

7.7.3.3. FOBIA SOCIAL: TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

- Medo acentuado e persistente de passar por situações embaraçosas ou humilhantes em certos contextos sociais ou medo irracional de outro estímulo específico, como por exemplo: animais, sangue, altura, etc. (fobia específica).
- A exposição ao estímulo ou à situação temida provoca ansiedade, podendo assumir a forma de um ataque de pânico.
- A pessoa geralmente reconhece que o medo é excessivo ou irracional.
- As situações sociais ou os estímulos específicos são evitados ou suportados com intensa ansiedade, o que geralmente interfere na rotina e no funcionamento social do paciente ou causa-lhe intenso sofrimento.
- O medo ou a esquiva não se devem ao uso de substâncias, a uma condição médica geral ou a outro transtorno mental.

7.7.3.4. DIRETRIZES DE TRATAMENTO (TODOS OS TRANSTORNOS FÓBICOS)

Recomendações ao paciente e aos familiares:

- Encorajar o paciente a praticar métodos de respiração controlada para reduzir sintomas físicos de medo.
- Pedir ao paciente que faça uma lista de todas as situações que ele/ela evita e que outras pessoas não.
- Discutir formas de desafiar esses medos exagerados.
- Planejar uma série de passos que permitam que o paciente enfrente e se acostume às situações temidas:
 1. Identificar um pequeno primeiro passo em direção à situação temida (p. ex., dar um pequeno passeio para longe de casa com um membro da família).
 2. Este passo deve ser praticado todos os dias até que não seja mais assustador.
 3. Se a situação temida ainda causa ansiedade, o paciente deve praticar uma respiração lenta e relaxada, dizendo para si mesmo que o medo irá passar em 30 minutos. Não abandonar a situação temida até o medo passar.
 4. Passar para um passo um pouco mais difícil e repetir o procedimento (p. ex., ficar mais tempo longe de casa).
- Identificar um amigo ou membro da família que possa ajudar na superação do medo. Grupos de autoajuda ou de apoio podem ajudar no enfrentamento da situação temida.
- O paciente deve evitar usar álcool ou benzodiazepínicos para enfrentar as situações temidas.
- Dessensibilização sistemática e técnicas de exposição (fobias específicas) e técnicas cognitivo-comportamentais (fobia social).

7.7.3.4.1. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO (ESPECÍFICO PARA FOBIA SOCIAL)

O tratamento isolado mais efetivo para Fobia Social é o farmacológico, apesar de a psicoterapia também ser útil e eficaz, principalmente em associação com medicação.

Os objetivos do tratamento são (1) eliminar sintomas físicos (2) eliminar esquiva fóbica (3) eliminar disfunções cognitivas negativas (baixa autoestima, dar importância exagerada ao outros, perfeccionismo, pensamentos catastróficos).

Para o subtipo circunscrito, betabloqueadores podem ser utilizados como tratamento inicial, pelo efeito na frequência cardíaca e nos sintomas autonômicos (atenolol 25-100mg, uma vez ao dia; propranolol 10-40mg, duas vezes ao dia). Em situações muito específicas, podem ser utilizados apenas eventualmente, uma hora antes da exposição. Se eficazes, devem ser mantidos por seis meses.

Para o subtipo generalizado ou em caso de falha terapêutica com betabloqueadores no tipo circunscrito, utilizar os ISRS (fluoxetina 20-80mg), seguindo as mesmas orientações gerais do uso nos outros transtornos de ansiedade. A melhora pode ser muito lenta e progressiva ao longo de alguns meses, e o antidepressivo deve ser mantido por um ano após a melhora.

Pelo potencial de dependência e interferência no treinamento de exposição, não se recomenda o uso rotineiro de benzodiazepínicos no manejo da fobia social.

7.7.4. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

Estima-se para este transtorno uma prevalência ao longo da vida na ordem de 1,5 a 2,5% da população. O TOC é hoje considerado um dos transtornos psiquiátricos mais comuns, o quarto em prevalência segundo alguns estudos.

O TOC caracteriza-se essencialmente pela presença de obsessões e/ou compulsões. Estes sintomas não são exclusivos do TOC, podendo estar presentes em outros transtornos mentais (depressão, esquizofrenia, demência) e em determinadas fases da vida (p. ex., rituais para dormir na infância). No TOC, as obsessões geram desconforto emocional ou ansiedade, e as compulsões teriam a função de aliviar essas sensações, não sendo em si mesmas prazerosas. Esta função de “neutralização” mantém as compulsões, num ciclo de difícil rompimento.

A heterogeneidade do quadro clínico é grande, o que pode dificultar o diagnóstico. Enquanto obsessões de contaminação e rituais de limpeza, verificação ou contagem podem ser

prontamente identificadas; sintomas como obsessões de agressão ou somáticas, rituais de colecionamento, ou lentidão e dúvida patológica são mais difíceis de identificar. Qualquer comportamento ou ato mental pode ter características compulsivas; na maioria dos casos há múltiplas obsessões e/ou compulsões ao mesmo tempo ou ao longo do tempo; e podem haver obsessões sem compulsões e compulsões sem uma obsessão identificável, repetidas apenas para aliviar o “mal estar”.

O início dos sintomas se dá, geralmente, no começo da vida adulta, ou mesmo na infância, com o mesmo padrão. O TOC segue um curso crônico e flutuante, não necessariamente progressivo, com gravidade variável. A comorbidade é a regra, sendo de 60-85% com depressão, seguida por transtornos somatoformes (hipocondria e dismórfico corporal), outros transtornos de ansiedade (fóbicos) e uso de álcool.

7.7.4.1. DIAGNÓSTICO

Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens mentais recorrentes, invasivos e desagradáveis, reconhecidos pelo indivíduo como próprios e inadequados. Deve haver pelo menos uma obsessão a que o paciente ainda tenta resistir, sem sucesso.

Compulsões são comportamentos ou atos mentais repetitivos que a pessoa se sente compelida a executar em reação a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas para prevenir ou reduzir o sofrimento ou mal estar. Geralmente, essas compulsões são reconhecidas pelo paciente como excessivas ou irracionais, e não devem ser em si prazerosas, apesar de poderem trazer alívio para a ansiedade.

Para o diagnóstico definitivo, as obsessões e/ou compulsões devem estar presentes na maioria dos dias por pelo menos duas semanas e causar acentuado sofrimento, consumir tempo significativo (mais de 01 hora por dia) ou interferir significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional ou nos relacionamentos sociais do paciente.

Os grupos de sintomas mais frequentemente encontrados na prática clínica são: obsessões agressivas e somáticas e verificação; simetria e ordenação (inclui repetição e contagem); contaminação e limpeza; e colecionamento.

7.7.4.2. TRATAMENTO

O tratamento do TOC pode ser feito com recursos psicoterápicos e farmacológicos, e uma combinação de ambos geralmente é mais eficaz. Entre os medicamentos, os

antidepressivos serotoninérgicos (ISRS) são eficazes e bem tolerados. As doses terapêuticas são as doses máximas, devendo os agentes ser iniciados em doses baixas como nos demais transtornos de ansiedade e aumentados até o limite superior da faixa terapêutica (fluoxetina 60-80mg, sertralina 150-200mg/ dia- intolerância a fluoxetina, idosos).

Existem algumas psicoterapias específicas com eficácia comprovada neste transtorno (equivalente ou superior aos tratamentos farmacológicos), e que podem reduzir o prejuízo causado pelas obsessões e compulsões. Casos leves podem ser encaminhados inicialmente apenas para tratamento psicoterápico.

De um modo geral, o TOC é um transtorno complexo e de difícil identificação e manejo, sendo indicada a avaliação pela equipe de saúde mental de todos os casos suspeitos.

7.7.5. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Ocorre em 1 a 10% da população, em estudos realizados em outros países. Apesar de não haver estudos nacionais de prevalência, estima-se que esta seja alta devido à violência dos grandes centros urbanos. Pode ocorrer em qualquer idade e os sintomas geralmente se iniciam nos primeiros três meses após o evento desencadeante, durando além deste período. Na maioria dos casos é crônico.

Apesar da superposição com sintomas de depressão e outros transtornos de ansiedade e da frequente comorbidade com estes, o diagnóstico pode ser feito a partir da constatação de nexos temporais com eventos estressores significativos. O estressor (trauma) pode ser uma experiência traumática intensa na qual tenha ocorrido uma séria ameaça (real ou imaginada/percebida) à segurança ou integridade do indivíduo ou de pessoas que lhe são caras, inclusive à distância. Também pode ser decorrente de mudança súbita nas relações sociais.

7.7.5.1. DIAGNÓSTICO

Ocorre em pessoas que foram expostas a um evento traumático ou o presenciaram em terceiros. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

- Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
- Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
- Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente

- (flashbacks, alucinações, ilusões); e,
- Sofrimento psicológico intenso ou reatividade fisiológica quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático (por exemplo: data do acontecimento).

Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (redução do interesse, sensação de distanciamento, incapacidade de sentir/dar carinho, etc.). Surgimento de dois ou mais dos seguintes sintomas de excitabilidade aumentada:

- Dificuldade em conciliar ou manter o sono;
- Irritabilidade ou surtos de raiva;
- Dificuldade em concentrar-se;
- Hipervigilância;
- Resposta de sobressalto exagerada.

A duração da perturbação é superior a um mês e está associada a intenso sofrimento ou prejuízo significativo ao paciente. Quanto ao início pode ser agudo (até 03 meses do estressor) ou crônico (após 03 meses), podendo haver um subtipo de início protraído, após seis meses.

7.7.5.2. TRATAMENTO

Algumas formas de psicoterapia especificamente focadas são altamente eficazes para estes pacientes. Os ISRS podem ser utilizados para tratar os sintomas depressivos e ansiosos comumente associados e podem levar a melhora sintomática parcial, normalmente em doses mais altas (p. ex., fluoxetina 60-80mg). Uma boa resposta em curto prazo é preditora de melhor prognóstico. Os antidepressivos tricíclicos e benzodiazepínicos não devem ser usados, pois não são mais eficazes do que o placebo.

7.7.6. REAÇÃO AGUDA AO ESTRESSE

Ocorre e se resolve em até 04 semanas após a exposição a um estressor. Sintomas físicos de ansiedade são muito comuns (dor torácica, dispneia, cefaleia, náusea, palpitação, dor abdominal). O tratamento consiste em alívio de sintomas específicos e suporte, se necessário com acompanhamento semanal, psicoterapia breve ou encaminhamento para participação em grupos de apoio. Dada a natureza autolimitada do transtorno, o uso de

medicamentos (benzodiazepínicos) deve ser reservado para casos excepcionais, por períodos máximos de duas semanas.

7.7.7. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

Muito comum, sendo o diagnóstico em 5% a 20% dos pacientes que buscam um ambulatório com sintomas de ansiedade. Ocorre em resposta a estressores eventuais ou conflitos típicos de fases do ciclo vital, iniciando até três meses após os eventos ou mudanças, e durando no máximo 6 meses. O tratamento consiste em psicoterapia breve, individual ou em grupo, de suporte/apoio, visando explorar o significado emocional do estressor e mobilizar os recursos disponíveis para suplantá-lo. O uso de medicamentos segue a mesma orientação dada para a reação aguda ao estresse.

7.8. FLUXO DE ATENÇÃO

Se a intervenção inicial não funcionar, deve-se reavaliar o paciente e oferecer outro tipo de intervenção, isolado ou em combinação (por exemplo, psicoterapia para falha com terapia farmacológica, ou vice-versa, ou ainda outro tipo de uso medicamentoso); toda vez que houver falha do tratamento inicial, deve-se também avaliar novamente o ambiente psicossocial do paciente, com destaque para: uso de substâncias (atenção para álcool, cafeína, tabaco e automedicação); estressores psicossociais continuados; qualidade da rede social; funcionamento no dia-a-dia; condições clínicas associadas; papel da agorafobia ou comorbidades na manutenção dos sintomas.

Os casos resistentes ao tratamento inicial devem ser discutidos com a equipe de saúde mental. Nos casos graves, onde o indivíduo se beneficie de uma atenção intensiva, com maior ênfase em reabilitação psicossocial, ou quando as possibilidades terapêuticas das equipes de saúde da família e saúde mental forem esgotadas, deve ser avaliado o atendimento no CAPS. Quando houver comorbidade com álcool ou outras drogas de difícil controle, o atendimento no CAPSad deve ser avaliado.

8. TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

8.1. EPIDEMIOLOGIA E RELEVÂNCIA

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

A depressão é muito comum em todos os países e classes sociais, atingindo até 11% da população em determinado momento, e com uma prevalência ao longo da vida de cerca de 20%. Em pacientes hospitalizados por qualquer doença pode chegar a 33%.

É a principal causa de incapacidade e morte prematura na faixa etária de 18 a 44 anos, e espera-se que até 2020 seja a segunda causa de incapacidade geral no mundo.

A depressão é responsável por 80% de todos os suicídios. Até 15% dos pacientes deprimidos se suicida. As mulheres tentam mais, mas os homens têm mais sucesso pelos métodos que usam. A maioria dos suicídios hoje ocorre na faixa etária de 15-44 anos, mas o risco individual aumenta com a idade (homens de mais de 45 anos). Sabe-se que 80% das pessoas que se suicidaram consultaram um médico no mês que antecedeu suas mortes.

Apesar desta relevância e de serem transtornos tratáveis na atenção primária, em torno de 50% dos pacientes deprimidos não são diagnosticados por seus clínicos, e dos que são diagnosticados, menos da metade recebe tratamento adequado.

8.2. DIAGNÓSTICO E IDENTIFICAÇÃO

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

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

Um evento vital maior, como separação, perda de emprego ou de ente querido, precede o primeiro episódio depressivo em 40 a 60% dos pacientes. Episódios subsequentes são cada vez menos relacionados com estressores identificáveis.

8.3. COMO AVALIAR E ABORDAR: QUEIXAS APRESENTADAS

O paciente pode apresentar-se, inicialmente, com um ou mais sintomas físicos (fadiga, dor). Uma investigação adicional revelará humor deprimido ou perda de interesse. Às vezes, irritabilidade é a queixa apresentada. Alguns pacientes têm mais alto risco, e para estes está indicado rastreamento com um teste validado de duas perguntas (B). Pacientes de risco são aqueles com história de depressão; doença que cause debilidade ou limitação importante (diabetes, artrite, doença cardíaca) ou outras doenças mentais (demência, Parkinson, AVC), e ainda as puérperas.

Sintomas de ansiedade ou nervosismo também estão frequentemente presentes. Os sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas para caracterizar um episódio depressivo. Pelo menos dois sintomas fundamentais (ou um mais fadiga/perda de energia) são necessários para o diagnóstico. Pode haver irritabilidade em vez de tristeza, principalmente em crianças e adolescentes. Neste grupo também se observa com frequência a queixa de aumento do sono e do apetite, em vez de anorexia e insônia. Nos episódios graves, pode haver ainda marcada agitação ou retardo psicomotor e sintomas psicóticos. Deve-se tentar sempre classificar o episódio segundo sua gravidade, para orientar a conduta:

- Sintomas depressivos subclínicos: não preenche critérios para um episódio, mas já apresenta sintomas (até três) que podem provocar incapacidade e prejuízo na qualidade de vida e merecem observação atenta.
- Depressão leve: pelo menos quatro sintomas (dois fundamentais e dois acessórios), nenhum deles intenso; usualmente angustiado pelos sintomas, com alguma dificuldade em continuar com o trabalho e atividades sociais, mas provavelmente manterá a maioria de suas funções.
- Depressão moderada pelo menos cinco ou seis sintomas (dois fundamentais e três-quatro acessórios), podendo apresentar-se com uma ampla gama de sintomas ou com apenas alguns deles, mas em grau intenso; dificuldade considerável em continuar com suas atividades laborais, sociais e domésticas.
- Depressão grave: os três sintomas fundamentais e quatro ou mais dos acessórios estão presentes, com intensidade grave; pode haver agitação ou retardo psicomotor marcante, e é muito improvável que o paciente consiga manter suas atividades usuais.
- Depressão grave com sintomas psicóticos: presença de delírios (de ruína,

hipocondríacos), alucinações ou retardo psicomotor grave, podendo evoluir para estupor.

8.4. DEPRESSÃO ATÍPICA

Marcada por apetite e sono aumentados, ganho de peso, sensação de “paralisia de chumbo” ou peso nos membros; mantém reatividade do humor a situações agradáveis e apresenta um padrão duradouro de sensibilidade extrema à rejeição interpessoal. Estes pacientes têm mais comorbidade com pânico, sumarização e abuso de substâncias. Pode responder melhor a antidepressivos inibidores seletivos da captação de serotonina (ISRS).

8.5. DISTIMIA

Sintomas depressivos atenuados, mas persistentes (pelo menos dois anos); principalmente letargia, inércia, dificuldade de concentração, sentimentos de baixa autoestima e inadequação. Os pacientes se queixam de desânimo, mau humor e infelicidade, que muitas vezes são interpretados como inerentes ao indivíduo pela conexidade. Pode haver um comprometimento social e ocupacional ainda maior do que o dos episódios depressivos. Também pode responder melhor a ISRS.

8.6. DEPRESSÃO BIPOLAR

Ocorre como uma fase do transtorno afetivo bipolar. Com a descrição do TAB tipo II, que cursa com hipomania em vez de mania, uma maior atenção tem sido dada à possibilidade de quadros de depressão ser, na verdade, episódios depressivos do TAB. Estima-se que até 50% dos pacientes ambulatoriais deprimidos possa acabar evoluindo para este diagnóstico, o que torna obrigatório o questionamento e alta suspeição de sintomas maníacos/hipomaníacos. Os seguintes erros clínicos são muito comuns e evitáveis:

1. Questionamento insuficiente: não fazendo perguntas que possam revelar os sintomas depressivos do paciente, mesmo este tendo alto risco para depressão;
2. Não consultar um membro da família: devido às distorções cognitivas próprias da doença, os pacientes podem tender a exagerar ou minimizar seus sintomas;
3. Aceitação de um diagnóstico de depressão sem uso de critérios diagnósticos (p ex., humor deprimido sem outras alterações);
4. Exclusão de um diagnóstico, ou falha em iniciar tratamento, apesar da constelação de sintomas presente.

8.6.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É importante determinar se o paciente está com um episódio depressivo ou se está apenas apresentando sintomas depressivos em reação ao stress ou tristeza. Neste diagnóstico diferencial, os sintomas mais importantes, que devem estar presentes para caracterizar um episódio depressivo, são (1) incapacidade de sentir prazer/alegria; (2) pensamentos de culpa/desvalia e visão negativa dos acontecimentos (distorções cognitivas). Indivíduos com depressão têm um humor que tem uma qualidade distinta da tristeza “normal”. Frequentemente se queixam que não conseguem mais sentir prazer com as “coisas” que gostavam anteriormente, de que tudo parece “pesado”, “difícil”, “arrastado” e que o “tempo não passa”, além de referirem um terrível sentimento de insuficiência.

Resumindo, trata-se de um estado de falta de ânimo que tem um caráter persistente e autônomo, ou seja, na maior parte do dia, durante vários dias, não reativo a estímulos prazerosos, que colore a percepção de mundo da pessoa, fazendo com que tudo “pareça cinza”. Já na tristeza “normal” o indivíduo está chateado com a situação, consegue imaginar que teria prazer com atividades antes prazerosas (p.ex. encontrar um ente querido) e relata ficar “animado” com eventos favoráveis. A tentativa de se aliviar esse sofrimento normal do ser humano com o uso de antidepressivos, vem sendo um erro comum na prática médica. Erra-se duplamente com essa conduta:

- Não existe nenhum trabalho científico que mostre que estas medicações possam diminuir a tristeza de quem não tem depressão;
- O profissional acreditando que já fez algo (a medicação) pode se eximir de ver a “pessoa” do paciente. Se houver alucinações (ouvir vozes ou tiver visões) ou delírios (crenças estranhas ou incomuns), principalmente incongruentes com o humor, considerar os transtornos psicóticos agudos. Se o paciente tem uma história compatível com episódios maníacos ou hipomaníacos (excitação, humor exaltado, fala rápida, diminuição da necessidade de sono), considerar a possibilidade de transtorno afetivo bipolar. Se tiver uso pesado de álcool ou drogas, considerar transtorno mental pelo uso de substâncias. Também é importante avaliar se doenças físicas e/ou substâncias podem estar causando o episódio depressivo.

8.7. MANEJO PSICOSSOCIAL

8.7.1. INFORMAÇÕES ESSENCIAIS PARA O PACIENTE E AOS FAMILIARES

- Depressão é uma doença comum e existem tratamentos efetivos;
- Depressão não é fraqueza ou preguiça. Os pacientes estão tentando vencê-la arduamente.

8.7.2. RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE E AOS FAMILIARES

- O paciente tem pensado frequentemente, em morte ou em morrer?
- O paciente tem um plano de suicídio específico?
- Ele fez tentativas de suicídio sérias no passado?
- O paciente está seguro de que não colocará em prática as ideias suicidas?
- A supervisão rigorosa por familiares ou amigos, ou a hospitalização, pode ser necessária. Indagar sobre risco de dano a outras pessoas.
- Planejar atividades de curto prazo que deem prazer ao paciente ou desenvolvam a confiança.
- Encorajar o paciente a resistir ao pessimismo e autocrítica, a não se deixar levar por ideias pessimistas (por exemplo, terminar o casamento, deixar o emprego) e a não se concentrar em pensamentos negativos ou de culpa.
- Identificar problemas atuais de vida ou estresses sociais. Focalizar-se em pequenos passos específicos que os pacientes poderiam dar em direção a reduzir ou manejar melhor esses problemas. Evitar decisões ou mudanças de vida importantes.
- Se há sintomas físicos, discutir sua ligação com o transtorno do humor.
- Após a melhora, planejar com o paciente o que será feito se os sintomas reaparecerem.

8.7.3. EDUCAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO

Educação sobre a doença e seu tratamento é importante, pois permite que o paciente possa tomar decisões, lide melhor com efeitos colaterais das medicações e tenha maior adesão ao plano de cuidados. Uma boa aliança terapêutica está relacionada com desfechos melhores independente do tipo de terapia empregada. Três questões fundamentais devem preceder o início do tratamento:

1. Avaliação do risco de suicídio, perguntando abertamente e quantificando;
2. Avaliação de história prévia ou suspeita de episódio maníaco/hipomaníaco, inclusive na família (por exemplo, euforia, gastos excessivos, irritabilidade intensa, ideias de grandeza);
3. Exclusão da possibilidade de a depressão ser sintoma de outra doença ou de uso de medicamentos ou substâncias - neste caso, otimizar o tratamento da doença médica associada, reavaliar o paciente e tratar depressão se esta ainda estiver presente. É comum que o paciente mantenha afeto negativo por algum tempo mesmo já tendo melhorado de sintomas vegetativos e retomado parte de seu nível de energia. Em depressões graves, esta melhora inicial dissociada pode permitir a execução de planos suicidas, e isto deve ser antecipado junto aos familiares e amigos e cuidadosamente monitorado.

8.7.4. MEDIDAS GERAIS

- Aconselhamento em higiene do sono (inclusive com o propósito de evitar o uso de sedativos): diminuir os estímulos sonoros e luminosos, evitar cochilos ou ficar na cama durante o dia, evitar substâncias estimulantes ou refeições copiosas à noite, preparação para o sono (banho morno, chá/bebida morna);
- Diminuir o uso de substâncias psicoativas, com destaque para cafeína, nicotina e álcool;
- Orientar técnicas para manejo de ansiedade, como respiração controlada e relaxamento;
- Recomendar programa estruturado de exercícios, como caminhadas regulares ou ginásticas (30 a 40 min, 03 vezes por semana).

8.7.5. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO LEVE

Alguns pacientes com episódio depressivo leve podem ter remissão espontânea dos seus sintomas, tornando a indicação do antidepressivo questionável nestes casos. Neste sentido, é importante a observação atenta, verificando se há história familiar de depressão e se há história passada de episódios depressivos, sobretudo, se naquela época ou se agora existem características melancólicas (p.ex. piora matutina, acordar duas horas mais cedo que o habitual, culpa excessiva, etc.) ou se já teve benefício com antidepressivos no passado. Estes dados ajudam na hora de se decidir introduzir ou não um antidepressivo, pois ajudam a delimitar o diagnóstico de depressão.

Para aqueles que não são candidatos iniciais à medicação e/ou psicoterapia, além de ser orientado quanto às medidas gerais já citadas, deve ser agendado o seu retorno em duas semanas; muitos destes pacientes melhoram enquanto são observados.

Quando disponível, deve ser oferecido tratamento psicoterápico breve, estruturado e focado nos sintomas depressivos; várias técnicas mostraram-se superiores ao placebo e comparáveis aos antidepressivos. O encaminhamento para grupos de suporte ou autoajuda também deve ser oferecido. Várias intervenções baseadas em princípios cognitivo-comportamentais e ao alcance do clínico interessado, como fornecimento de material escrito ao paciente, também são tão eficazes quanto placebo e antidepressivos na depressão leve.

8.7.6. MANEJO FARMACOLÓGICO – DEPRESSÃO LEVE

Os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) têm um perfil de efeitos adversos mais favoráveis e eficácia comparável com relação aos antidepressivos tricíclicos

(ADTC); em pacientes menos graves e, portanto, mais sensíveis aos efeitos adversos; isso pode levar a uma menor taxa geral de abandonos sendo, portanto, recomendados inicialmente nos casos leves a moderados (por exemplo, fluoxetina 20-40mg/dia).

Pacientes que têm boa resposta inicial a doses baixas de tricíclicos (equivalentes a 75-100mg de imipramina) podem ser mantidos assim, com monitoração cuidadosa; aumentos de doses geralmente não aumentam a eficácia por gerarem abandonos pelos parafeitos. Doses menores do que 75mg são geralmente ineficazes para tratamento de depressão.

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

Fitoterápico como a erva de São João têm tido sua eficácia questionada por estudos mais recentes, e ainda não são recomendados como tratamento inicial de rotina no Brasil.

8.7.7. MANEJO NA DEPRESSÃO MODERADA E SEVERA

Pacientes com risco de causar dano a si ou aos outros devem ser referenciados imediatamente para um profissional ou serviço especializado de saúde mental. Antidepressivos devem ser sempre considerados para pacientes com sintomas moderados a graves. Nos casos graves, principalmente com sintomas psicóticos, os tricíclicos ainda são considerados mais eficazes (por exemplo, imipramina 100-300mg/dia), devendo ser utilizados quando não houver contraindicações.

Pacientes que já realizaram um tratamento bem sucedido para depressão no passado devem utilizar a mesma medicação em casos de recorrência.

Os sintomas, os efeitos colaterais da medicação e o risco de suicídio devem ser monitorados cuidadosamente em todos os contatos, principalmente no início do uso do AD; familiares e cuidadores devem ser advertidos para ficar atento as mudanças de humor, negatividade, desesperança e ideias suicidas, particularmente durante início ou aumento da medicação.

O paciente deve ser advertido dos riscos de diminuir ou interromper a medicação por conta própria (sintomas de retirada, piora do humor) e orientado de que estes medicamentos não causam dependência (fissura/tolerância). Deve ser orientado também sobre o manejo de alguns efeitos colaterais comuns e que melhoram após as primeiras semanas (náuseas, diarreia, cefaleia, ansiedade e inquietação no início dos ISRS; sedação, constipação, boca seca e hipotensão postural com ADTC).

Se não tiver havido nenhuma resposta após quatro semanas, deve-se aumentar a dose ou trocar o antidepressivo; se tiver havido uma resposta parcial, esta decisão deve ser adiada até seis semanas. A resposta inicial (2-3 semanas) é um bom preditor de resposta futura, principalmente com os ISRS.

No caso de aumento da dosagem, deve-se esperar novamente 4-6 semanas para avaliar resposta. Em idosos e na distímia, um teste terapêutico completo pode levar até 12 semanas. Se um antidepressivo não foi efetivo em dose adequada ou é mal tolerado, deve ser prescrito outro antidepressivo em monoterapia. A troca usualmente é feita por um agente de classe diferente, mas até 50% dos pacientes que não responderam a um ISRS podem responder a outro da mesma classe.

Os antidepressivos devem ser continuados por, no mínimo, seis meses após a remissão de um episódio depressivo, porque isso claramente diminui o risco de recaída.

Em pacientes com insônia e/ou ansiedade importantes, os benzodiazepínicos, adicionados aos antidepressivos no início do tratamento, aumentam a taxa de respostas e diminuem o abandono por parafiteiros. Há risco de dependência e de quedas em idosos, e o benefício inicial se perde a partir da quarta semana de tratamento. Portanto, seu uso deve ser sempre discutido com o paciente e descontinuado após no máximo quatro semanas de uso (ex., diazepam 5-10mg ou lorazepam 1-2mg, 1-2 vezes ao dia).

8.8. DEPRESSÃO COM SINTOMAS PSICÓTICOS

Os antidepressivos tricíclicos ainda parecem ser a opção mais efetiva nos casos graves com sintomas psicóticos. Pode-se iniciar apenas com o antidepressivo e adicionar um antipsicótico se não houver uma boa resposta, ou iniciar com antidepressivo e antipsicótico combinados; ambas são condutas eficazes, devendo ser pesados riscos e benefícios.

Em caso de sintomas angustiantes, risco à segurança do paciente e de seus familiares ou agitação intensa, depois de descartada a necessidade de internação, os antipsicóticos devem ser iniciados juntamente com os antidepressivos, em doses equivalentes a 5-10mg/dia de haloperidol, sendo suspensos após a remissão dos sintomas psicóticos. Quando usados apenas para controle de agitação intensa ou impulsividade e agressividade, doses menores podem ser eficazes (1-2mg/dia de haloperidol).

8.8.1. AVALIAÇÃO E MANEJO DO USO DO ANTIDEPRESSIVO

Deve-se informar ao paciente da possibilidade de piora inicial e de que o efeito terapêutico pode demorar a aparecer de 4 a 6 semanas, orientando-o a não parar o antidepressivo quando melhorar, devido ao risco de recidiva. Explicar que assim como a melhora do quadro pode levar cerca de três meses, caso seja suspenso o antidepressivo a volta dos sintomas pode ocorrer sutilmente também neste período.

A dose do antidepressivo deve ser aquela que juntamente com medidas não farmacológicas ajude o paciente a voltar ao estado de funcionamento de antes de adoecer, ou seja, devemos ter em mente que o objetivo é buscar a remissão completa dos sintomas, não somente a melhoria de alguns mais evidentes como a alteração do sono.

Em caso de resposta parcial ou falta de resposta verificar se o paciente está fazendo uso da medicação prescrita, incluindo, se for o caso, a verificação dos motivos pelos quais não usou a medicação ou reduziu a dose.

Além disso, verificar fatores psicossociais que possam estar agravando o quadro. Abordar esses fatores em consultas regulares, mesmo que breves, e oferecer possibilidades de tratamento disponíveis, tais como atividades em grupos e estratégias psicoterapêuticas. Não há evidências que justifiquem adição de benzodiazepínicos em casos de depressão resistente. Também não devem ser usados de rotina carbamazepina, ácido valpróico ou hormônios tireoidianos.

8.8.2. SEGUIMENTO

É comum que o paciente mantenha afeto negativo por algum tempo mesmo já tendo melhorado de sintomas vegetativos e retomado parte de seu nível de energia. Em deprimidos graves, esta melhora inicial dissociada pode permitir a execução de planos suicidas, e isto deve ser cuidadosamente monitorado.

Há evidências de que consultas semanais no início do tratamento (primeiras 4-6 semanas) aumentam a adesão e melhoram os resultados em curto prazo, pelo que devem ser encorajadas sempre que houver disponibilidade do profissional e do serviço, principalmente nos casos graves e com risco de suicídio.

Pacientes que tiveram dois ou mais episódios depressivos nos últimos cinco anos têm indicação formal de tratamento de manutenção por pelo menos dois anos após a fase de continuação. O risco de um novo episódio depressivo é de 50% em quem teve um episódio,

70% com dois e chega a 90% com três episódios prévios. A duração exata do tratamento deve ser individualizada.

Para pacientes com alto risco de recorrência, o prejuízo potencial associado é tão grande que se justifica tratamento de manutenção por longos períodos, algumas vezes por toda a vida:

1. Três ou mais episódios de depressão;
2. Dois episódios com:
 - História familiar de transtorno afetivo bipolar ou depressão recorrente;
 - Recorrência dentro de um ano da suspensão da medicação;
 - Primeiro episódio antes dos 20 anos;
 - Episódios abruptos, graves ou com risco de suicídio nos últimos 03 anos.

Os antidepressivos devem ser usados em todas as fases na mesma dose em que foi obtida resposta clínica, pois a diminuição de dose é um fator de risco para recorrência. A persistência de sintomas residuais entre os episódios também é fator de risco para recorrência. A descontinuação abrupta da maioria dos antidepressivos pode levar aos sintomas de retirada, que ocorrem nos primeiros dias e podem durar até três semanas. São comuns alterações de sono, ansiedade, sintomas gastrintestinais, tremor, tonturas e alterações de humor.

Retiradas abruptas podem ser necessárias em função de efeitos colaterais ou desencadeamento de mania, mas sempre que possível, a descontinuação deve ser feita ao longo de quatro semanas. Exceção talvez seja a fluoxetina, que por sua meia vida longa (vários dias) geralmente pode ser retirada abruptamente sem maiores consequências.

8.9. PARTICULARIDADES

8.9.1. PACIENTE COM DOENÇA FÍSICA

Existem alguns cuidados na escolha dos antidepressivos, dependendo se o indivíduo apresenta alguma doença física de base:

1. Os ISRS podem piorar os sintomas parkinsonianos, e, por isso são indicados os tricíclicos para estes pacientes; os tricíclicos diminuem o limiar convulsivo e, por isso, em pacientes com risco de convulsões devem ser usados os ISRS;
2. A fluoxetina inibe o sistema enzimático hepático citocromo 2D6 e pode levar a aumento na concentração sérica de antiarrítmicos e/ou betabloqueadores, por exemplo. Por este motivo, em pacientes fazendo uso de várias medicações está indicada a sertralina (nível de dispensação II) que tem menor risco de interação;
3. A nortriptilina (nível de dispensação II) tem menor risco de hipotensão postural e menos efeitos anticolinérgicos. Por isso é indicada quando se precisa de um tricíclico,

mas não se deseja estes efeitos;

4. Se o paciente tem dor neuropática pode ter alívio da mesma com o uso de baixas doses de tricíclicos (mas não com os ISRS). É possível para aqueles com dor neuropática e depressão, que não toleram doses maiores de tricíclicos se associarem a nortriptilina (de 25 a 50mg à noite) com a sertralina pela manhã, tratando ao mesmo tempo a dor e a depressão;
5. Os tricíclicos podem levar a aumento do desejo por doces, aumento de peso e hiperglicemia, devendo ser usados com cuidado em diabéticos;
6. Os ISRS aumentam a chance de sangramentos, tendo trabalhos que já comprovam sua associação com maiores riscos de hemorragia digestiva alta;
7. Os tricíclicos, devido aos seus efeitos anticolinérgicos podem levar a: aumento da pressão intraocular, sobretudo naqueles com glaucoma de ângulo estreito, retenção urinária nos que têm hipertrofia prostática e constipação, sendo problemático, sobretudo em pacientes com doença diverticular.

8.9.2. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

De modo geral, depressão em crianças e adolescentes mais jovens deve ser diagnosticada e manejada com apoio de profissional e/ou serviço especializado em saúde mental.

O sintoma fundamental de humor triste ou deprimido é comumente substituído por humor irritável e alteração do comportamento. Em pré-escolares, são frequentes sintomas somáticos (exemplo, dores abdominais), parada de crescimento, fâcias tristonha, anorexia, hiperatividade, transtornos do sono e auto e heteroagressão.

Em escolares, pode haver também lentificação, distorções cognitivas de cunho autodepreciativo, pensamentos de morte, além de sintomas de ansiedade e transtornos de conduta. O mau desempenho escolar (piora em relação ao padrão anterior) é frequente e um dos principais indicadores. O suicídio é raro em menores de 12 anos, mas os pensamentos são frequentes.

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

Alguns estudos mostram que a detecção de depressão nesta faixa etária por médicos de atenção básica é quase nula, apesar da alta prevalência. A mortalidade por suicídio em maiores de 15 anos tem aumentado significativamente no Brasil e no mundo.

Algumas intervenções psicoterápicas específicas são o tratamento de escolha para casos leves e moderados; para casos graves, antidepressivos podem ser usados, mas sua

eficácia é menor do que em adultos. Os ISRS são os medicamentos mais seguros e com alguma evidência de eficácia em crianças e adolescentes. Em adolescentes mais velhos, pode-se usar fluoxetina, iniciando com doses de 10mg e passando a 20mg de acordo com a tolerância. Os tricíclicos, como classe, são considerados ineficazes em adolescentes.

Sempre se deve pesquisar comorbidade e fazer diagnóstico diferencial com Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos de conduta, transtornos de ansiedade e transtorno afetivo bipolar, bem como pesquisar exaustivamente situações estressoras ocultas, principalmente situações de abuso.

8.9.3. GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

Mulheres no período perinatal (gestação até um ano após o parto) são especialmente vulneráveis a problemas de saúde mental; estima-se que uma em sete apresentará algum transtorno. Portanto, devem ser rastreadas ativamente, especialmente no primeiro contato ou primeira consulta agendada (pré-natal) e nas revisões de um e quatro meses após o parto. Os fatores de risco que devem ser mais valorizados são:

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

O risco de depressão puerperal aumenta para 25% em mulheres com história de depressão, 50% com depressão pós-parto prévia e chega a 75% nas que apresentaram depressão durante a gestação. A psicose puerperal é, com muita frequência, um episódio do transtorno afetivo bipolar.

O rastreamento deve ser feito com as mesmas duas perguntas utilizadas para a população geral (teste de rastreamento), acrescidas de uma terceira:

- Há alguma coisa que você sente que precisa de ajuda?

Mulheres com sintomas depressivos ou ansiosos que não preenchem critérios diagnósticos, mas interferem com o funcionamento social e interpessoal, devem ter suporte na forma de visitas e consultas informais e encaminhamento a grupos de apoio, durante a gravidez e o período pós-parto. Nos casos de depressão leve a moderada, deve ser sempre oferecidas estratégias como autoajuda na forma de material escrito, grupos de apoio e orientação, exercícios físicos, consultas/ visitas de aconselhamento não diretivo (escuta) e, quando disponível, psicoterapia.

Ao considerar tratamento medicamentoso para gestantes e nutrizes, deve-se pesar o risco individual de cada situação, juntamente com a mulher e, algumas vezes, sua família (risco de malformações, risco de recaídas caso pare a medicação e suas consequências). Deve-se levar em conta o risco geral de malformações na população, que é de 2 a 4%. Nos casos de depressão leve que já vem em uso de antidepressivos, este deve ser interrompido gradativamente e a mulher, monitorada; se os episódios anteriores foram moderados ou graves, o AD pode ser mantido, devendo ser trocado por aquele que oferecer menos risco para o feto.

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

Quanto ao uso durante a lactação, os efeitos dos AD no bebê são menos conhecidos, sendo os mais estudados e considerados seguros os tricíclicos, preferencialmente em dose única ao deitar; efeitos colaterais como sedação e irritabilidade devem ser pesquisados no bebê. A fluoxetina deve ser evitada por sua meia-vida prolongada, sendo preferível a sertralina entre os ISRS.

Benzodiazepínicos (BDZ) devem ser prescritos apenas em casos de agitação ou ansiedade intensa e por curtos períodos, pelos riscos de fenda palatina e síndrome do bebê flácido. Em mulheres que engravidam em uso de BDZ, estes devem ser gradativamente retirados e substituídos por outras estratégias de manejo de ansiedade.

8.9.4. IDOSO

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

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

A apresentação pode diferir pela maior ênfase em sintomas somáticos, como dores, tontura, dispneia, palpitação. Outros sinais e sintomas comuns nos idosos são:

- Energia e concentração reduzidas, transtornos do sono (insônia terminal, sono entrecortado), perda de apetite e peso.

O déficit cognitivo pode ser facilmente confundido com demência (síndrome de demência da depressão), e podem ser necessários testes como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou um ensaio terapêutico com antidepressivos para diferenciar. Esta pseudodemência ocorre em até 15% dos idosos deprimidos, e 25-50% dos pacientes com demência têm também depressão.

Em pacientes com demência e outros distúrbios neurológicos como Parkinson e após AVC, a depressão responde a antidepressivos e deve ser tratada da mesma maneira que nos pacientes sem demência da mesma faixa etária.

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

Em idosos, devem-se preferir medicamentos de meia vida curta e com menos efeitos anticolinérgicos, como nortriptilina e sertralina. As doses devem ser individualizadas, iniciando com as doses mínimas eficazes (por exemplo, sertralina 50mg, nortriptilina 50mg).

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

8.9.5. SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA: SUICÍDIO

Perguntar ao paciente sobre ideação suicida não induz ao suicídio, e pode tranquilizá-lo, por perceber que pode falar abertamente de todos os aspectos de sua condição. Todos os pacientes com depressão moderada e grave devem ser perguntados abertamente e especificamente sobre ideação, planos e tentativas de suicídio.

A intervenção com maior grau de recomendação para diminuição do risco de suicídio na população é o tratamento adequado e eficaz dos pacientes com depressão. Os melhores

preceptores de comportamento suicida são a existência de tentativa prévia e a presença de ideação suicida. A desesperança é a principal dimensão psicológica associada ao suicídio, e impulsividade e agressividade podem ser as principais características que compõem o comportamento suicida.

Pode ser considerado para tratamento ambulatorial o paciente com ideação suicida crônica e/ou autoagressão sem repercussão clínica grave, com apoio familiar e psicossocial estável e/ou acompanhamento ambulatorial já em andamento.

Quando optamos por não internar um paciente com risco de suicídio, devem ser orientadas medidas gerais como tirar armas e facas da casa, não deixar medicamentos ou produtos tóxicos acessíveis, manter algum familiar ou amigo constantemente presente; estas medidas simples podem diminuir o acesso do paciente a meios de se lesar e diminuir as chances de suicídio.

Deve-se avaliar acompanhamento em serviço especializado de referência em saúde mental ou internação quando houver risco de suicídio associado a:

1. Psicose;
2. Abuso de substância;
3. Desesperança significativa, impulsividade ou plano suicida;
4. Ausência de suporte familiar/social;
5. Não aderência ou impossibilidade de seguir tratamento ambulatorial.

8.9.6. QUANDO ENCAMINHAR

Todos os casos de depressão moderada a grave devem ser discutidos com a equipe de saúde mental. Nos casos refratários ao tratamento inicial, quando for considerado aumento ou troca do agente antidepressivo, deve-se reavaliar, também em conjunto com a equipe de apoio em saúde mental à indicação de abordagens psicoterapêuticas (individuais ou em grupo), apoio familiar e rede social do paciente, presença de estressores crônicos, presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas.

8.10. TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é um transtorno mental grave, que geralmente tem um curso crônico e é caracterizado por episódios depressivos e episódios de elevação do humor (mania ou hipomania). A prevalência ao longo da vida do transtorno bipolar é de 1%. A prevalência de TAB do tipo I (com mania) é a mesma para homens e mulheres; já o TAB do

tipo II (com hipomania) é mais comum entre mulheres. Em mulheres também são mais comuns sintomas depressivos, tentativas de suicídio e ciclagem rápida. O pico de incidência é na adolescência tardia (18 a 24 anos).

A incidência de transtorno bipolar é maior nos parentes de primeiro grau, assim como a incidência de outros transtornos do humor. Este transtorno é um problema maior de saúde pública: estima-se que um adulto que desenvolva um TAB tipo I aos 20 anos de idade perca 9 anos de vida saudável e 14 anos de trabalho. Nas formas mais graves, é associado a significativo prejuízo da função social e interpessoal, podendo ser considerado um Transtorno Mental Severo e Persistente.

Atualmente, paciente bipolar tipo II leva em média 13 anos antes de serem corretamente diagnosticados, comparados com bipolar tipo I, diagnosticados após 10 anos em média. A investigação ativa de mania e hipomania em deprimidos considerados unipolares têm elevado a prevalência da depressão bipolar de 10 a 15% para pelo menos metade dos casos de depressão atendidos ambulatorialmente.

Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) mencionam que em países desenvolvidos, apenas 35% dos casos de TAB são tratados, diminuindo para 15% na América Latina e Caribe e 5% na África. A taxa de suicídio em pacientes com transtorno bipolar é de 10 a 15% (APA, 1995).

8.10.1. COMO AVALIAR E ABORDAR

1. Colher uma história completa incluindo histórico familiar, uma revisão de episódios prévios e sintomas entre os episódios.
2. Acessar o perfil de sintomas do paciente, gatilhos de episódios prévios, funcionamento pessoal e social, comorbidade incluindo abuso de substâncias psicoativas e ansiedade, risco, saúde física, e estressores psicossociais.
3. Obter, quando possível, e dentro dos limites confidenciais, uma história por meio de algum membro da família ou cuidador.

8.10.2. DIAGNÓSTICO E IDENTIFICAÇÃO

O diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) deve ser feito com preenchimento dos critérios diagnósticos do DSM-IV ou do CID-10. Para o diagnóstico de TAB tipo I, exige-se a presença de pelo menos um episódio de mania durante a vida; o TAB tipo II cursa exclusivamente com hipomania. Hipomania, segundo o CID-10, é um grau mais leve de mania, no qual as anormalidades do humor e do comportamento são por demais persistentes e

marcantes para serem incluídas sob ciclotimia, mas não são acompanhados por delírios ou alucinações. Uma interferência considerável com o trabalho ou a atividade social é consistente com o diagnóstico de hipomania, mas se a perturbação destes for grave ou completa, o diagnóstico é de mania.

Os principais sintomas da hipomania são: irritabilidade, alegria, jocosidade, sociabilidade, procura por companhia, aumento do desejo e do comportamento sexual, tagarelice, autoconfiança e otimismo exagerado, desinibição e atitudes despreocupadas, redução da necessidade de sono, vitalidade, ânimo e aumento do envolvimento em projetos novos.

- A diminuição da necessidade de sono é o sintoma físico mais frequente.
- Considera-se a ativação ou a hiperatividade (ocupacional ou de ideias) um sintoma tão importante quanto a alteração de humor.
- Sempre questionar sobre sintomas hipomaníacos ao avaliar um paciente com depressão, excesso de atividades e comportamento desinibido.
- O padrão de remissões e recaídas é bastante variável, apesar das remissões tenderem a ficar cada vez mais curtas ao longo do tempo e os episódios depressivos mais comuns e duradouros.

8.11. ESPECIAIS

8.11.1. CICLAGEM RÁPIDA

Ocorrência de pelo menos quatro episódios distintos de humor no período de um ano. Tem maior prevalência em mulheres e costuma ser observada tardiamente no curso do TAB.

8.11.2. EPISÓDIOS MISTOS

Mistura ou alternância rápida de sintomas maníacos, hipomaníacos e depressivos com duração de pelo menos duas semanas.

8.11.3. CICLOTIMIA

Instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão ou de leve elevação, nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar (F31) ou de um transtorno depressivo recorrente (F33). O transtorno se encontra frequentemente em familiares de pacientes que apresentam

um transtorno afetivo bipolar. Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão, elas próprias, posteriormente um transtorno afetivo bipolar.

8.11.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- O uso abusivo de drogas e/ou álcool pode induzir sintomas maníacos.
- Sintomas maníacos (e depressivos) podem sinalizar condições orgânicas de base com hipertireoidismo, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e outras desordens neurológicas (por exemplo: demência), particularmente em pessoas com transtorno afetivo bipolar de início tardio (mais de quarenta anos).
- As comorbidades mais frequentes são: Transtornos de Ansiedade, Transtorno do Pânico e Transtorno Obsessivo Compulsivo; uso de substâncias psicoativas (SPA); Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em adultos e crianças; Transtorno Desafiador de Oposição em crianças; e, especialmente entre as mulheres, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtornos Alimentares.

8.11.5. AVALIAÇÃO INICIAL E MANEJO

Inicialmente é preciso fazer uma avaliação diagnóstica, da segurança do paciente e de seu nível de funcionamento e apoio psicossocial para decidir o local de tratamento. Depois, os objetivos do manejo incluem estabelecer e manter uma aliança terapêutica, monitorar o quadro clínico, prover informação sobre o transtorno, aumentar a aderência terapêutica, promover padrões regulares de atividade e sono, identificar fatores estressores, identificar sinais de recidiva e minimizar prejuízos funcionais. Algumas condutas são recomendadas para todos como avaliação clínica inicial:

- Avaliar tabagismo e padrão de uso de álcool;
- Avaliar função tireoidiana, hepática e renal, pressão arterial (PA), hemograma, glicemia e colesterol;
- Medir peso e altura (IMC);
- Considerar eletroencefalograma (EEG), tomografia computadorizada de crânio (TCC) ou ressonância magnética (RM) se há suspeita de etiologia orgânica ou comorbidade;
- Considerar Raios-X e eletrocardiograma (ECG) se indicado pela história ou quadro clínico.

8.11.6. MANEJO PSICOSSOCIAL

8.11.6.1. INFORMAÇÕES ESSENCIAIS PARA PACIENTES E FAMILIARES

- Existem tratamentos efetivos. O tratamento em longo prazo pode prevenir futuros episódios;

- Se não tratados, os episódios maníacos podem tornar-se disruptivos e perigosos. Os episódios maníacos, frequentemente levam a perda de emprego, problemas legais, problemas financeiros ou comportamento sexual de alto risco.

8.11.6.2. RECOMENDAÇÕES AOS PACIENTES E FAMILIARES

1. Durante um episódio depressivo, indagar sobre o risco de suicídio.
2. Durante episódios maníacos:
 - Evitar confrontação, a menos que necessário para prevenir atos prejudiciais ou perigosos;
 - Aconselhar cautela sobre comportamento impulsivo ou perigoso;
 - Observação rigorosa por membros de família é, frequentemente, necessária;
 - Se a agitação ou comportamento disruptivo forem graves, considerar hospitalização.

8.11.6.3. PREVENÇÃO DE RECAÍDA

Prover informação sobre natureza, curso e tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar é importante para promover acesso aos serviços, além de compreensão e colaboração entre pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde.

Tratamentos de autoajuda aumentam o empoderamento do paciente e permitem um maior controle sobre seu cuidado e decisões de vida. Uma forma de tratamento de autoajuda é ensinar os pacientes a reconhecer sinais de recorrência de mania e depressão. O principal objetivo é intervir precocemente e prevenir novos episódios e internações hospitalares, mas parece haver benefícios em termos de melhor funcionamento social e ocupacional, qualidade de vida, sintomas depressivos e empoderamento dos pacientes. Na promoção de um estilo de vida mais saudável para prevenção de recaída, os pacientes devem ser aconselhados (incluindo informação escrita) sobre:

- A importância da higiene do sono e estilo de vida regular;
- Os riscos de trabalho em turnos alternados (noturno) e trabalho excessivo (rotina de horas extras);
- Maneiras de monitorar sua saúde física e mental.

Aconselhamento adicional deve ser fornecido em caso de eventos negativos, como perda de emprego, além de maior monitoramento do humor e bem-estar geral. Deve-se encorajar o paciente a discutir suas dificuldades com a família e amigos.

8.11.6.4. MANEJO FARMACOLÓGICO

O tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar é baseado, em primeiro lugar, no uso de medicação psicotrópica para reduzir a severidade dos sintomas, estabilizar o humor e prevenir a recaída. A variação individual na resposta à medicação irá determinar a escolha da droga, assim como os efeitos colaterais e potenciais danos associados a cada droga e uso prévio de medicação. Os clínicos devem ser guiados pela resposta do paciente em episódios anteriores. Uma variedade de intervenções psicológicas e psicossociais também pode ter grande impacto, mas não substituem a necessidade de uso de medicação.

8.12. MANEJO DE EPISÓDIOS MANÍACOS

O lítio e o ácido valpróico são considerados tratamentos de primeira linha na mania aguda. O tratamento de primeira linha para um episódio maníaco severo ou episódio misto é iniciar lítio mais um antipsicótico ou ácido valpróico mais um antipsicótico. Tratamento adjunto de curto prazo com benzodiazepínico também pode ser benéfico.

- Para episódios mistos é preferível a utilização de ácido valpróico.
- Antidepressivos devem ser retirados gradualmente, se possível.
- Estratégias psicossociais devem ser combinadas à farmacoterapia.
- Episódios maníacos ou mistos com sintomas psicóticos usualmente requerem uma medicação antipsicótica, além do agente antimaníaco.
- Para pacientes que, apesar de estarem recebendo medicação de manutenção, têm um episódio maníaco ou misto, a intervenção de primeira linha é verificar níveis séricos e aumentar a dose da medicação em uso. Introduzir ou retomar um antipsicótico às vezes é necessário.
- Pacientes graves ou agitados podem requerer um tratamento adjunto de curto prazo com um benzodiazepínico.
- Se o paciente já está usando uma medicação antipsicótica e tem um episódio maníaco, a dose do mesmo deve ser reavaliada e aumentada, se necessário. Se não há sinais de melhora, considerar o acréscimo de lítio ou ácido valpróico ao esquema.
- Para pacientes que têm episódio maníaco já em uso de carbamazepina, a dose não deve ser aumentada. Melhor considerar o acréscimo de um antipsicótico, dependendo da severidade do episódio e da dose utilizada de carbamazepina. É comum a interação medicamentosa com este fármaco, e as doses devem ser ajustadas, se necessário.

8.13. MANEJO DE EPISÓDIOS DEPRESSIVOS

O tratamento de primeira linha para depressão bipolar ainda é iniciar lítio. O uso de um antidepressivo (ISRS) em combinação com uma droga antimaníaca (lítio, ácido valpróico

ou um antipsicótico) também pode ser eficaz. Monoterapia com antidepressivo não é recomendada pelo risco de “virada” para um episódio maníaco. Recomenda-se ainda rever e aperfeiçoar a dose do estabilizador de humor em uso e reavaliar função tireoidiana. A medicação antidepressiva se inicia em dose baixa, com aumento gradual.

Se um paciente tem um episódio depressivo quando em uso de medicação antimaníaca, avaliar o uso correto da medicação e ajustar a dose.

- Episódios depressivos com sintomas psicóticos usualmente requerem tratamento combinado com antipsicótico.
- Para pacientes com sintomas depressivos leves, considerar uma conduta de observação: fornecer orientações para manejo imediato dos sintomas e agendar retorno em duas semanas. Se o paciente já teve episódios depressivos severos anteriormente ou apresenta risco significativo de ter um episódio depressivo severo, deve ser manejado como episódio depressivo moderado ou grave.
- Para pacientes com sintomas depressivos moderados ou graves que necessitem de um antidepressivo, prescrever fluoxetina, porque os ISRS são menos associados com virada maníaca do que os tricíclicos. Um tratamento psicológico estruturado focado nos sintomas depressivos ou técnicas de resolução de problemas podem ser considerados como alternativa ou tratamento adjuvante.

8.13.1. ANTIDEPRESSIVOS DEVEM SER EVITADOS NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:

- Transtorno bipolar de ciclagem rápida;
- Episódio hipomaníaco recente;
- Flutuações de humor com prejuízo funcional. Nestes casos, aumentar a dose do agente antimaníaco ou acrescentar um segundo agente antimaníaco.

8.13.2. AO INICIAR UM ANTIDEPRESSIVO, ORIENTAR O PACIENTE SOBRE:

- A possibilidade da virada maníaca ou hipomaníaca;
- O início de ação lento e a natureza gradual e flutuante da resposta;
- A necessidade de tomar a medicação como prescrita e o risco dos sintomas de descontinuação e de abstinência;
- A necessidade de monitorar sinais de acatisia, ideação suicida e aumento da ansiedade e agitação (especialmente nos estágios iniciais);
- Como procurar ajuda ao aparecerem os sintomas acima.

8.13.3. SE UM PACIENTE NÃO RESPONDER AO USO DE ANTIDEPRESSIVO:

- Avaliar uso de SPA, fatores estressores psicossociais, doenças físicas, comorbidade com ansiedade e má aderência terapêutica;

- Aumentar a dose do antidepressivo;
- Trocar o antidepressivo;
- Adicionar lítio, se não estiver sendo usado.

Pacientes com sintomas depressivos devem ser aconselhados sobre: programas de exercícios estruturados, programação de atividades diárias, engajamento em atividades prazerosas com objetivos pré-definidos, dieta e sono adequado, rede social de suporte apropriada. Depois do tratamento bem sucedido de um episódio depressivo, não considerar rotineiramente tratamento com antidepressivo em longo prazo, porque não há evidência de que isso reduz as recaídas e pode estar associado a um aumento do risco de virada maníaca.

8.13.4. TRATAMENTO DE PACIENTES COM CICLAGEM RÁPIDA

A intervenção inicial é identificar e tratar condições médicas como hipotireoidismo ou uso de álcool e/ou outras drogas, que podem estar contribuindo para esta condição. Algumas medicações, particularmente os antidepressivos, também podem estar contribuindo e devem ser retiradas gradualmente, se possível. O tratamento inicial deve incluir carbonato de lítio ou ácido valpróico. Para muitos pacientes é necessária a combinação de mais de uma medicação antimaníaca e/ou antipsicótico. Para pacientes de ciclagem rápida, o tratamento de longo prazo indicado é:

- Como primeira linha, considerar uma combinação de lítio e ácido valpróico;
- Como segunda linha, monoterapia com lítio; se este já estiver em uso, aumentar a dose;
- Evitar uso prolongado de antidepressivos.

8.13.5. TRATAMENTO PROFILÁTICO DE MANUTENÇÃO

Após a remissão de um episódio agudo, os pacientes podem permanecer com alto risco de recaída por um período de mais de seis meses. Logo, tratamentos de manutenção são recomendados após um episódio maníaco. O lítio e o ácido valpróico são os mais indicados para esta fase, devendo ser continuados por pelo menos seis meses.

Benzodiazepínico ou antipsicótico devem ser descontinuados assim que haja a remissão do episódio e apenas o agente antimaníaco deve ser mantido. Carbamazepina pode ser usada como uma alternativa para o lítio, principalmente nos pacientes com TAB tipo II, ou quando o lítio não é bem tolerado ou é ineficaz. Se uma destas medicações foi utilizada com

sucesso para o tratamento do episódio maníaco ou depressivo mais recente, esta deve ser geralmente continuada.

Para comorbidade com uso de Substâncias Psicoativas (SPA), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) ou Transtorno do Pânico, está indicado o uso de ácido valpróico.

Se o paciente tem uma recaída frequente ou sintomatologia que provoque prejuízo funcional, alterar a monoterapia ou adicionar um segundo agente antimaníaco profilático (lítio, ácido valpróico). Quadro clínico, efeitos colaterais e, quando necessário, exames laboratoriais devem ser monitorados com cuidado.

Medicação de depósito (haloperidol decanoato) é indicada para pacientes com má aderência.

Durante o tratamento de manutenção, o paciente pode se beneficiar de uma intervenção psicossocial concomitante que auxilie no manejo do transtorno (aderência, estilo de vida, detecção precoce de sintomas prodrômicos) e dificuldades interpessoais.

Terapia de Grupo também pode auxiliar na aderência ao plano terapêutico, adaptação a uma doença crônica, autoestima e manejo de questões psicossociais e familiares. Grupos de suporte podem ainda prover informação sobre o transtorno e seu tratamento. Após um episódio agudo, deve sempre ser oferecido aconselhamento, inclusive informação escrita, em:

- Psicoeducação sobre a doença, importância de uma rotina diária (estilo de vida regular), higiene do sono e aderência ao tratamento medicamentoso;
- Riscos do trabalho em turnos alternados (noturno) e trabalho excessivo (rotina de horas extras);
- Monitoração do humor, detecção de sinais de alerta e estratégias de prevenção de crises e de enfrentamento geral de problemas;
- Tratamentos de autoajuda e/ou intervenções voltados para aumentar o reconhecimento e o autocuidado de pródromos maníacos e depressivos são efetivos em diminuir a recorrência de ambos, e há alguma evidência de que pessoas com mínimo treinamento poderiam ensinar estas habilidades.

8.14. PARTICULARIDADES

8.14.1. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Bebês cujas mães usam medicação antipsicótica durante a gravidez devem ser monitorados nas primeiras semanas para efeitos colaterais das drogas, toxicidade e abstinência. Se for prescrito antidepressivo no último trimestre de gravidez, tais sintomas podem ser uma síndrome serotoninérgica, e o neonato deve ser monitorado cuidadosamente.

Muitos desses sintomas são leves e autolimitados. Ao planejar o tratamento em crianças e adolescentes com transtorno afetivo bipolar, considerar:

- Fatores estressores e vulnerabilidade no ambiente social, educacional e familiar, incluindo a qualidade das relações interpessoais;
- O impacto de qualquer comorbidade, como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos ansiosos;
- O impacto do transtorno em sua inclusão social e educacional.

O tratamento farmacológico segue as mesmas recomendações dos adultos, exceto que deve ser iniciado em doses mais baixas. No episódio depressivo, se não há resposta à psicoterapia combinada com medicação profilática após quatro semanas, considerar o acréscimo de fluoxetina, iniciando com 10mg/dia e aumentando para 20mg/dia se necessário. Utilizar sertralina se não houver resposta à fluoxetina.

8.14.1.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A presença de episódios claros de elevação de humor, grandiosidade inapropriada e disfuncional e ciclos de humor devem ser usados para diferenciar TAB de TDAH e Transtorno de Conduta.

A presença de ciclos de humor deve distinguir TAB de Esquizofrenia. Antes de fechar um diagnóstico de TAB em uma criança ou adolescente, considerar outras explicações para o comportamento e sintomas, incluindo:

- Abuso físico, emocional ou sexual, se o paciente mostra desinibição, hipervigilância ou hipersexualidade;
- A possibilidade de abuso de álcool e/ou drogas, como uma causa de sintomas tipo maníaca; considerar TAB somente após sete dias de abstinência;
- Dificuldades de aprendizagem prévias, não diagnosticadas;
- Causas orgânicas em crianças com epilepsia, e acatisia derivada de medicação neuroléptica.

8.14.2. MULHER

O tratamento e manejo de Transtorno Afetivo Bipolar em mulheres tentando engravidar e durante o período pré-natal e pós-natal é complexo. O risco de uso da medicação durante a gravidez não é totalmente compreendido, e o risco de recaída nesse período é alto. Nenhuma medicação antimaníaca ou antipsicótica é especialmente licenciada para uso durante a gravidez ou amamentação.

Métodos anticoncepcionais eficazes e riscos de uma eventual gravidez (incluindo risco de recaída, dano ao feto, riscos associados à interrupção ou mudança da medicação) devem ser discutidos com todas as mulheres em idade fértil.

A dose de anticoncepcional oral (ACO) combinado deve ser ajustada quando em uso de carbamazepina. Avisar que a eficácia deste ACO pode ser reduzida. Métodos de barreira devem ser usados para um máximo efeito contraceptivo.

Anticoncepcionais de progesterona (minipílulas) e implantes hormonais não são recomendados para mulheres tomando carbamazepina.

8.14.2.1. GESTAÇÃO

Mulheres com Transtorno Afetivo Bipolar grave em tratamento de manutenção com lítio podem continuar usando lítio na gestação se clinicamente indicado. Entretanto, devem ser cuidadosamente monitoradas com litemia e USG obstétrica. Benzodiazepínicos devem ser evitados no primeiro trimestre de gravidez, assim como seu uso em longo prazo.

Prescrever ácido fólico 5mg/dia da pré-concepção até o final do primeiro trimestre de gravidez para todas as mulheres usando anticonvulsivantes como estabilizadores do humor. Evitar ácido valproico como estabilizador de humor durante a gravidez. Em mulheres grávidas com sintomas depressivos leves, considerar:

- Abordagens de autoajuda;
- Intervenções psicoterapêuticas;
- Uso de antidepressivo.

8.14.2.1.1. EM MULHERES GRÁVIDAS:

- Tratamentos psicológicos estruturados para depressão moderada;
- Tratamento combinado com medicação e intervenção psicológica estruturada para depressão grave.
- Pode ser usado ISRS em combinação com a medicação profilática, já que são menos associados à virada maníaca que os tricíclicos e não aumentam o risco de malformações fetais. Monitorar cuidadosamente os sinais de virada e interromper o uso de se surgirem sintomas de mania ou hipomania.
- Mulheres grávidas utilizando antidepressivos devem ser informadas sobre a possibilidade de efeitos colaterais transitórios no bebê durante o período neonatal.

8.14.2.1.2. AMAMENTAÇÃO

Mulheres em uso de medicação psicotrópica que desejam amamentar devem:

- Ser aconselhadas quanto aos riscos e benefícios da amamentação;
- Não amamentar se estiver usando lítio ou benzodiazepínico, e for oferecido outro agente profilático como um antipsicótico;
- Se necessário prescrever um antidepressivo, utilizar um ISRS, mas não fluoxetina (sertralina).

8.14.2.1.3. PSICOSE PUERPERAL

As psicoses puerperais costumam representar episódios psicóticos do TAB desencadeadas pelo pós-parto; ocorrem geralmente em primíparas e são graves pelo risco de suicídio e infanticídio.

8.14.3. IDOSO

A primeira apresentação de Transtorno Afetivo Bipolar em idosos é mais comumente associada com comorbidade psiquiátrica. Primeiro episódio maníaco iniciado após os 40 anos deve ser investigado para causas orgânicas.

Idosos têm maior risco de início súbito de sintomas depressivos depois de um episódio maníaco. Cuidado ao se prescreverem ISRS para pessoas utilizando medicações que podem causar sangramento intestinal, como AINEs; o uso de omeprazol deve ser considerado.

8.14.4. AGITAÇÃO PSICOMOTORA

No manejo inicial de agitação psicomotora, o uso em curto prazo de benzodiazepínico pode ser considerado em conjunto com o agente antimaníaco.

8.14.5. RISCO DE SUICÍDIO

O risco de suicídio (RS) é mais frequente nos primeiros anos após o diagnóstico de TAB. O RS é significativamente maior em pacientes bipolares do que unipolares; sobretudo, durante episódios depressivos e mistos, mais elevado ainda no TAB tipo II. Existem evidências crescentes de que o lítio reduz significativamente o RS nos indivíduos bipolares.

Se um paciente está em risco de suicídio, apresenta grave autonegligência ou tem uma história de admissões recorrentes, particularmente admissões involuntárias, um plano de crise deve ser desenvolvido em colaboração com o paciente, abrangendo:

- Uma lista de disparadores identificados ou potenciais, pessoais, sociais ou ambientais, e sinais de alerta de recaída.
- Como o paciente pode buscar ajuda e profissionais a quem recorrer.
- Uma quantidade limitada de medicação psicotrópica deve ser prescrita para pacientes com alto risco de suicídio.

8.15. REFERÊNCIAS DISPONÍVEIS NO MUNICÍPIO (E ARTICULAÇÕES EXTERNAS)

8.15.1. REDE

O local de tratamento é determinado pela gravidade do quadro, sistemas de suporte e aderência ao tratamento.

1. Acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família (ESF)
2. As pessoas que apresentam quadro clínico estável, em tratamento de manutenção e que mantêm um bom funcionamento para as atividades da vida diária serão atendidas pelas equipes de ESF, com o apoio da equipe de saúde mental do NASF.
3. Quando um paciente bipolar é acompanhado somente na atenção básica, uma avaliação da equipe de saúde mental do NASF deve ser considerada nos casos de:
 - Períodos de atividade excessiva, comportamento expansivo durando pelo menos quatro dias, com ou sem períodos de depressão;
 - Três ou mais episódios depressivos recorrentes no contexto de história de hiperatividade e comportamento expansivo;
 - O funcionamento de o paciente declinar significativamente ou sua condição responder pouco ao tratamento;
 - Má aderência terapêutica;
 - Comorbidade com álcool e/ou uso abusivo de drogas;
 - O paciente estar considerando interromper a medicação depois de um período de relativa estabilidade do humor.

8.15.2. QUANDO ENCAMINHAR AO CAPS

- Exacerbação aguda dos sintomas, particularmente o desenvolvimento de um episódio maníaco ou depressivo grave;
- Frequentes recaídas, pobre controle sintomático, contínuo prejuízo funcional ou comorbidade com transtornos ansiosos;
- Risco de suicídio ou de auto ou heteroagressão, incluindo autonegligência;
- Egressos de internação psiquiátrica deverão ser encaminhados ao CAPS para avaliação logo após a alta hospitalar;

- Pessoas que têm prejuízo em seu funcionamento cotidiano e que são beneficiadas com atividades ocupacionais e terapêuticas em grupos e individuais, encaminhadas ou não pela ESF e/ou equipe regional de saúde mental;
- Histórico de internações recorrentes;
- Quando os recursos terapêuticos das equipes de saúde da família e saúde mental forem esgotados.

8.15.3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

- Quando a pessoa apresentar risco de suicídio, e os recursos da família, comunidade e equipe de saúde mental/ CAPS tiverem sido esgotados;
- Quando a agressividade representar perigo para si ou para outros, esgotados os recursos não hospitalares;
- Quando necessitar de constante supervisão e apoio que não pode ser oferecido pela família ou rede de apoio;
- Quando a pessoa é incapaz de cuidar-se adequadamente (recusa alimentar, higiene precária) e esse comportamento implica em risco para a vida, uma vez esgotados os recursos disponíveis na atenção básica, NASF e CAPS, mesmo com o envolvimento dos familiares e profissionais.

9. PSICOSE

9.1. DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO

A psicose é uma disfunção da capacidade de pensamento e processamento de informações, cujo aspecto central é a perda do contato com a realidade. Caracteriza-se pela presença de delírios e alucinações. O delírio é um juízo falseado, em que a convicção apresenta-se sempre inabalável e irremovível e, portanto, não é afetado pela argumentação racional e lógica, e o conteúdo é impenetrável e incompreensível psicologicamente para outras pessoas.

A alucinação é a percepção real de um objeto inexistente, tendo em vista a convicção que a pessoa manifesta em relação ao objeto. As alucinações podem manifestar-se através de qualquer um dos cinco sentidos, sendo as mais frequentes as auditivas e visuais (ouvir vozes, ver vultos). Uma das características principais do estado psicótico é a dificuldade em quantificar e classificar a prioridade dos estímulos. A capacidade de agir sobre a realidade é imprevisível, porque a pessoa é incapaz de distinguir os estímulos externos dos internos.

9.2. RELEVÂNCIA E EPIDEMIOLOGIA

A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais comum. Sua prevalência ao longo da vida é de aproximadamente 1 para cada 100 pessoas (1%) na população geral, mas essa estimativa pode variar de acordo com a metodologia empregada. A incidência média anual da esquizofrenia relatada em estudos epidemiológicos pode variar entre 0,11 e 0,24 por 1.000 indivíduos de acordo com a utilização de critérios mais restritivos ou mais abrangentes.

9.3. HISTÓRIA NATURAL E CURSO DA ESQUIZOFRENIA

O curso da esquizofrenia pode seguir vários padrões, embora esta seja tipicamente vista como um transtorno crônico que começa no fim da adolescência e tem evolução negativa em longo prazo. Na maioria dos casos, o início dos sintomas psicóticos é precedido por um período prodrômico. A fase aguda se refere à presença de sintomas psicóticos. Num certo número de casos, após a atenuação dos sintomas positivos, sintomas negativos similares aos manifestos no período prodrômico permanecem. O período de estabilização dura cerca de seis meses.

Apesar dos investimentos em novas técnicas terapêuticas, a esquizofrenia ainda representa uma enorme sobrecarga para o indivíduo e sua família. Na maioria dos casos, há

prejuízo das funções ocupacionais ou sociais, caracterizado por afastamento social, perda de interesse ou capacidade de agir na escola ou no trabalho, mudança nos hábitos de higiene pessoal ou comportamento incomum (Loebel, 1992; APA, 2004).

De 4% a 15% das pessoas que sofrem de esquizofrenia cometem suicídio, e o aumento da mortalidade entre os esquizofrênicos está aproximadamente 50% acima daquela da população geral (Brown, 2000).

9.4. COMO AVALIAR E ABORDAR

9.4.1. COMO ABORDAR QUANDO A PESSOA CHEGA PARA O TRATAMENTO

- Abordá-la com empatia e postura acolhedora;
- Trabalhar buscando vincular a pessoa e a família ao tratamento;
- Usar uma linguagem clara, simples, objetiva;
- Oferecer-lhe uma abordagem multidisciplinar, que contemple suas necessidades clínicas, emocionais e sociais;
- Ouvir seu relato em relação ao seu sofrimento;
- Estar atento para a necessidade de dar continência ao sofrimento da família prestando esclarecimentos e informações, principalmente ao se tratar de um primeiro surto.

9.4.2. INFORMAÇÃO DA HISTÓRIA RELEVANTE PARA O DIAGNÓSTICO

- Mudanças no comportamento em geral, como isolamento, retraimento social, prejuízo das atividades da vida diária, ocorrem gradualmente.
- Se for o primeiro episódio ou se já houve outros anteriores;
- Se já ocorreram internações ou tratamentos psiquiátricos e/ou tratamentos psicoterapêuticos antes;
- Medicações em uso e as já utilizadas;
- Histórico de doença psiquiátrica na família;
- Dinâmica familiar: relações entre os membros da família, conflitos, vínculos mais estreitos;
- Antecedentes pessoais: outras doenças clínicas, tabagismo, drogas e álcool.

9.4.3. IDENTIFICAR SINAIS E SINTOMAS

1. Fase inicial (prodrômica) – Caracterizada por retraimento social, prejuízo funcional e sintomas inespecíficos, como irritabilidade, alterações do sono, humor deprimido e fadiga. A pessoa pode ser vista como distante, indiferente, emocionalmente desapegada, estranha ou excêntrica. O início de transtornos sutis do pensamento e o comprometimento da atenção também podem ocorrer nesta fase. Esta fase pode ter duração média de cinco anos.

2. Fase aguda – Nesta fase, há predomínio das manifestações clínicas, tais como: ouvir vozes e ver vultos (alucinações auditivas e visuais), delírios (percepção deformada da realidade) e desorganização do comportamento e do pensamento. Pode apresentar também distanciamento emocional, apatia, falta de iniciativa e retraimento social, afetando a capacidade da pessoa de se manter em suas atividades habituais.
3. Fase de estabilização – Durante a fase de estabilização ou recuperação, os sintomas psicóticos diminuem de intensidade. O período de estabilização dura cerca de seis meses, sendo seguido de uma fase estável.
4. Fase estável – Na fase estável, as manifestações clínicas de apatia, isolamento social e embotamento afetivo, bem como a dificuldade de estabelecer projeto de vida, podem estar presentes e são relativamente consistentes em gravidade e magnitude. As exacerbações agudas podem interromper a fase estável e requerer tratamento adicional ou intervenções.

9.4.4. FATORES PRIMITIVOS DE PIOR DIAGNÓSTICO

- Início precoce;
- Gênero feminino;
- Solteiro;
- Ajustamento pré-mórbido deficiente;
- Quociente Intelectual (QI) limítrofe ou inferior;
- Ausência de sintomas afetivos;
- Desorganização;
- Sintomas negativos quando do início do quadro;
- História familiar de esquizofrenia;
- Alto nível de emoções expressas na família.

9.5. DIAGNÓSTICO

Em todo paciente deve-se realizar um estudo diagnóstico inicial completo que inclua:

- História clínica psiquiátrica e médica geral;
 - História psicossocial e história psiquiátrica familiar;
 - Exame físico e do estado mental;
 - Avaliação física;
 - Exames complementares:
1. Início agudo de sintomas, obnubilação do sensório ou início após os 30 anos de idade exigem uma investigação cuidadosa.
 2. Ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC) e eletroencefalograma (EEG) na vigência de um quadro clínico atípico, ou ainda quando forem identificados achados anormais nos exames de rotina.

9.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os sintomas psicóticos podem ter diversas origens:

- Quadro psicótico agudo induzido por álcool e outras drogas;
- Esquizofrenia;
- Transtorno esquizoafetivo;
- Transtorno de humor com sintomas psicóticos;
- Transtorno de ansiedade (pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de personalidade, transtorno fictício e simulação);
- Distúrbios orgânicos: transtornos endócrino-metabólicos, infecções, doença autoimune, epilepsia do lobo temporal, tumor cerebral, acidente vascular cerebral, intoxicações e quadro medicamentoso.
- Agentes farmacológicos que apresentam o potencial de causar psicose aguda: corticoides, antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivos, anfetaminas e drogas relacionadas, antiarrítmicos, narcóticos, metildopa, drogas recreativas, etc.. Que em geral, geram sintomas isolados.

As seguintes características sugerem fortemente uma origem clínica não psiquiátrica:

- Mudança abrupta de humor em pessoas sem história de doença psiquiátrica prévia acompanhada ou não de sinais clínicos: sudorese, alterações de pressão arterial, pulso.
- Mudança abrupta do estado mental;
- Mudança abrupta da personalidade;
- Perturbações da consciência;
- Alucinações visuais isoladas;
- Sinais neurológicos focais.

9.7. TRATAMENTO

9.7.1. FASE PRODRÔMICA

As metas de abordagem são:

- Realizar avaliações e monitoramento regulares do estado mental e da segurança em ambiente domiciliar ou em consultório para reduzir o estigma (McGorry *et al.*, 2003).
- Acordo com o paciente e sua família.
- Controlar síndromes simultâneas (como depressão e abuso de substâncias) e problemas como estresse interpessoal, profissional e familiar.
- Informar sobre o nível de risco, imprimindo otimismo terapêutico.
- Enfatizar que os problemas atuais podem ser aliviados, mas a progressão para a psicose não é inevitável.
- Através de avaliações frequentes: Reduzir qualquer atraso subsequente na avaliação do tratamento para o primeiro episódio de psicose.

9.7.2. FASE AGUDA

As metas do tratamento específico são:

- É essencial engajar o paciente e a família, desde o início, numa relação de trabalho colaborativo, de confiança e de cuidado;
- Prevenir danos;
- Controlar distúrbios de comportamento;
- Suprimir sintomas;
- Determinar e dar atenção aos fatores que levaram à ocorrência do episódio agudo;
- Realizar um retorno rápido ao melhor nível de funcionamento prévio;
- Atenção especial deve ser dada à presença de ideação, intenção ou planejamento suicida e à presença de alucinações imperativas;
- Informar o paciente, considerando a capacidade deste de assimilar a informação, sobre a natureza e o manejo terapêutico da doença, inclusive sobre os benefícios e efeitos colaterais dos medicamentos.

9.7.3. FASE DE ESTABILIZAÇÃO

As metas do tratamento específico são:

- Consolidar o relacionamento terapêutico;
- Reduzir o estresse sobre o paciente e dar suporte para minimizar a probabilidade de recidiva;
- Aumentar a adaptação do paciente à vida na comunidade;
- Buscar a redução progressiva dos sintomas consolidando a remissão;
- Promover o processo de reabilitação;
- Manutenção de esquema medicamentoso que resultou em melhora do quadro por pelo menos seis meses (APA, 2004);
- Avaliar a persistência de efeitos colaterais e ajustar a farmacoterapia de forma adequada para minimizá-lo.

9.7.4. FASE DE MANUTENÇÃO

As metas do tratamento específico são:

- Garantir que a remissão ou o controle dos sintomas seja sustentado;
- Manter ou melhorar nível de funcionamento e qualidade de vida do paciente;
- Tratar efetivamente as exacerbações de sintomas ou as recidivas;
- Monitorizar os efeitos adversos continuamente.

9.8. MANEJO PSICOSSOCIAL

As intervenções psicossociais são medidas que visam diminuir a vulnerabilidade do paciente a situações estressantes e reforçar sua adaptação e funcionamento social. Essas intervenções podem, portanto, trazer benefícios adicionais em áreas como prevenção de recaídas, aquisição de habilidades sociais e melhor funcionamento social e ocupacional. A tendência atual das psicoterapias de grupo utilizadas no tratamento dos pacientes com esquizofrenia caminha em direção a enfoques integradores e ecléticos, com formatos grupais diversos, adaptados a características dos pacientes, com objetivos terapêuticos concretos.

Os grupos psicoterápicos ambulatoriais não parecem mostrar um efeito consistente na redução da psicopatologia ou na frequência e no número de internações. Entretanto, parecem ter um efeito positivo em pacientes pobremente socializados, possivelmente como consequência do efeito de pertencimento ao grupo. Como vantagem adicional, as sessões regulares, frequentes e não limitadas no tempo permitem também o monitoramento dos sintomas.

Pacientes crônicos e com pior ajustamento podem sentir-se estimulados na confrontação interpessoal. Esta população pode beneficiar-se mais de um enfoque cognitivo e de modificação de conduta, mais estruturado, de apoio. Através de técnicas simples como reforços sociais e generalização de situações da vida real, os pacientes podem aprender formas de comunicação, de resolução de problemas e de relações interpessoais.

Um princípio amplamente aceito é que os cuidadores podem se beneficiar de informação, de apoio e de ajuda, assim como de um treinamento específico para o manejo de situações concretas.

Intervenções comunitárias são destinadas à vinculação do indivíduo com a comunidade, a identificar recursos comunitários no âmbito de interesse do paciente, fazer da comunidade parte do processo de recuperação e manter ou evitar a perda de habilidades sociais, acadêmicas e profissionais. Essas intervenções podem se desenvolver na área vocacional-laboral.

9.8.1. PREVENÇÃO DE RECAÍDA

O vínculo com os serviços e profissionais da saúde para garantir maior aderência ao tratamento o que, juntamente com o apoio familiar, são os fatores preditivos de menor taxa de recaída.

9.8.2. MANEJO FARMACOLÓGICO

O uso de antipsicótico no tratamento de manutenção é eficaz na prevenção de recaídas. Em pacientes que param de tomar o antipsicótico o risco de recaída é de cinco vezes maior do que naqueles que continuaram o tratamento. O tratamento de longo prazo é indicado para todos os pacientes com esquizofrenia. O uso de antipsicótico é fortemente recomendado num período de um a dois anos em pacientes com primeiro episódio e de dois a cinco anos para pacientes com uma recaída e mais de cinco anos para pacientes com múltiplos episódios.

Deve-se monitorizar o estado clínico do paciente tanto para avaliar o progresso terapêutico quanto para a tolerabilidade da medicação. A aderência ao tratamento também deve ser verificada. O uso de antipsicótico no limite inferior da faixa de dose-padrão é o tratamento preferido para quem apresenta um primeiro episódio de esquizofrenia (exemplo, haloperidol 1-5mg ou clorpromazina 200-500mg/dia).

Uma revisão do uso de haloperidol, APG de alta potência, demonstrou eficácia no tratamento da esquizofrenia, tanto no curto prazo quanto no longo prazo, quando comparado ao placebo, mas também alta propensão de causar distúrbios de movimento.

Para reduzir o risco de efeitos colaterais extras piramidais, recomenda-se o emprego de doses tão baixas quanto possível. O uso de doses altas de ataque, bem como a elevação rápida da dosagem e o tratamento com doses terapêuticas, não tem demonstrado eficácia superior às doses terapêuticas baixas, mas tem sido associado à maior incidência e intensidade de efeitos adversos.

As medicações risperidona, clozapina, quetiapina, ziprasidona e olanzapina poderão ser prescritas conforme fluxo de dispensação do Protocolo Clínicas e Diretrizes Terapêuticas para Esquizofrenia Refratária do Ministério da Saúde.

9.9. PROGNÓSTICO COM TRATAMENTO

Independente da forma de apresentação, a esquizofrenia tem uma forte tendência a recorrer: aproximadamente metade das pessoas com esquizofrenia em tratamento irá apresentar uma nova internação dentro de dois anos de seguimento, embora um quarto não sofra outra internação (Maison *et al*, 1996). O índice de recorrência pode ser maior em pessoas que vivem situações conflitantes financeiras, no emprego, e, especialmente com membros da família (Vaughn & Leff, 1976; Bebbington & Kuipers, 1994).

9.10. PARTICULARIDADES

9.10.1. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A abordagem para o tratamento de esquizofrenia em adolescentes mais velhos deve ser semelhante à de pacientes adultos. Os mais jovens devem ter o tratamento iniciado com dose menor, determinado de forma singular, pois existem poucos dados.

9.10.2. MULHER

Psicose puerperal é uma condição menos comum que afeta de 1 a 2 em cada 1000 mulheres. A psicose puerperal é em grande parte de natureza afetiva, embora diversos estudos apontem para características atípicas como: estados mistos, confusão e alteração de comportamento. Em geral o início ocorre no primeiro mês de pós-parto.

9.10.2.1. FATORES DE RISCO

- Histórico de psicose puerperal (risco de futuro episódio em torno de 25 a 57%)
- História prévia de doença psicótica;
- História familiar de psicose afetiva.

9.10.2.2. MANEJO E TRATAMENTO

Deve-se realizar sempre investigação de história de depressão no pré-natal de todas as mulheres. Fatores de risco psicossociais e biológicos de depressão e psicose puerperal devem ser sistematicamente colhidos e anotados durante o pré-natal.

Psicose puerperal deve ser tratada da mesma forma que os transtornos psicóticos, mas levando em consideração o uso do tratamento medicamentoso durante a amamentação. O tratamento antipsicótico de mulheres esquizofrênicas grávidas ou que estejam amamentando deve ponderar de um lado, os riscos dos vários medicamentos antipsicótico para o feto, o recém-nascido e o lactente e, de outro, os riscos de que os sintomas psicóticos não tratados acarretam cuidados inadequados perinatal e pré-natal (APA, 2004). Dois períodos de alto risco são identificáveis: o primeiro trimestre gestacional, com maior potencial teratogênico, e o momento do nascimento, com maior risco obstétrico (APA, 2004).

9.10.3. PARTICULARIDADES NO IDOSO

A abordagem para o tratamento de pessoas idosas com esquizofrenia é semelhante àquela indicada para pacientes mais jovens e envolve a combinação entre farmacoterapia e intervenções psicossociais. No entanto, pacientes idosos tendem a ser mais sensíveis aos efeitos terapêuticos e tóxicos dos medicamentos antipsicóticos. Assim, as doses iniciais recomendadas são de 25% a 50% da dose habitual de início para um adulto jovem (APA 2004).

Os efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos que ocorrem mais frequentemente em pacientes idosos são: sedação, hipotensão ortostática, reações anticolinérgicas, sintomas extrapiramidais e discinesia tardia. Especialmente em pessoas idosas a polifarmacoterapia desnecessária deve ser evitada.

9.10.3.1. TRANSTORNO DELIRANTE

A incidência do transtorno delirante foi estimada entre um a três por 100 mil pessoas. Ocorre principalmente do meio para o fim da vida adulta. As mulheres desenvolvem o transtorno mais do que os homens. Caracteriza-se pela presença de delírios sistematizados e não bizarros acompanhados de afeto apropriado ao delírio. A personalidade em geral é poupada, mas o delírio pode preocupar e dominar a vida do paciente.

Alucinações auditivas e visuais se estiverem presentes, não são proeminentes. Depois de estabelecido, o transtorno delirante geralmente é crônico; e dura à vida toda. No entanto, parece ter prognóstico de longo prazo melhor que o da esquizofrenia. O tratamento quase sempre deve incluir psicoterapia e medicamento. O manejo medicamentoso é semelhante ao da esquizofrenia. Há poucos estudos direcionados para esse transtorno e algumas evidências apontam para uma resposta pequena.

9.11. REFERÊNCIAS DISPONÍVEIS NO MUNICÍPIO

Quando for atendido na atenção primária pela ESF:

- Como porta de entrada, a equipe de SF deve estar alerta para detectar a presença de alucinações, delírios e alteração de comportamento, que poderão refletir em prejuízo no exercício das atividades de vida diária da pessoa. Depois de excluídas possíveis causas clínicas não psíquicas, a equipe de SF deverá solicitar apoio à equipe do NASF ou ao CAPS, de acordo com o caso;
- As pessoas que apresentam quadro psicótico estável, em tratamento de manutenção e

que mantêm um bom funcionamento para as atividades da vida diária serão atendidas pelas equipes de ESF, levando em consideração a aderência ao tratamento, supervisão da medicação, a detecção da presença de efeitos colaterais, a percepção de retraimento, isolamento social e prejuízo da situação ocupacional, desde que assegurado apoio da equipe de saúde mental do NASF a cada 6 a 12 meses ou quando necessário;

- Quando não for possível a avaliação em conjunto com a equipe de saúde mental de pessoas com manifestações psicóticas agudas ou com sofrimento intenso, a equipe de SF deverá instituir procedimentos terapêuticos como acolhimento de forma diferenciada. O tratamento deve ser instituído após discussão com a pessoa e seu cuidador. O apoio da equipe de saúde mental deverá ser acionado assim que possível;
- Pessoas com dificuldades de deslocamento, que necessitem de visita domiciliar deverão ser acompanhadas pelas equipes de SF, em conjunto com a equipe de saúde mental;
- A monitorização regular de outras intercorrências clínicas também é essencial;
- Cuidadores também devem receber apoio e ser orientados regularmente pela equipe de SF;
- Os agentes comunitários deverão estar atentos para a detecção de crise psicótica aguda e absenteísmo nos serviços.

Quando for atendido pela equipe de saúde mental do NASF:

- A equipe de saúde mental do NASF deverá ser acionada sempre que uma pessoa apresentar, pela primeira vez, a presença de delírios e alucinações, depois de terem sido investigadas possíveis causas clínicas não psíquicas;
- Pessoas que são acompanhadas pela equipe de SF e que apresentarem reagudização do quadro psicótico, declínio do funcionamento e/ou dificuldade de aderência ao tratamento, deverão ser atendidas pela equipe de saúde mental.
- A equipe de saúde mental acompanhará aquelas pessoas que apresentam prejuízo de funcionamento para as atividades da vida diária, retraimento social e isolamento, mas que se recusam a ir ao CAPS ou que têm dificuldade de deslocamento ou que, por outro motivo, desejem permanecer em atendimento em sua região.

Quando for atendido pelo CAPS:

- Pessoas egressas de internação psiquiátrica deverão ser encaminhadas ao CAPS para avaliação logo após a alta hospitalar;
- Pessoas que apresentam alucinações, delírios e alteração de comportamento, com dificuldade de estabelecer relações sociais, prejuízo na realização das atividades de vida diária e isolamento social, quando os recursos da atenção primária forem esgotados;
- Pessoas que têm prejuízo em seu funcionamento cotidiano, apesar de não apresentarem delírios e alucinações, e que são beneficiadas com atividades ocupacionais e terapêuticas em grupos e individuais, encaminhadas ou não pela ESF e/ou NASF;

- Pessoas que necessitem de atendimentos em saúde mental frequentemente e com histórico de internações recorrentes;
- Quando os recursos terapêuticos das equipes de saúde da família e saúde NASF forem esgotados.

9.12. INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICAS

- Quando a pessoa apresentar risco de suicídio, e os recursos da família, comunidade e equipe de saúde mental estiverem sido esgotados;
- Quando a agressividade representar perigo para si ou para outros, esgotados os recursos não hospitalares;
- Quando necessitar de constante supervisão e apoio que não pode ser oferecido pela família ou rede de apoio;
- Quando a pessoa é incapaz de cuidar-se adequadamente (recusa alimentar, higiene precária) e esse comportamento implica em risco para a vida, uma vez esgotados os recursos disponíveis na atenção básica (ESF e NASF) e CAPS, mesmo com o envolvimento dos familiares e profissionais.
- Havendo indicação de internação, a pessoa com transtorno psicótico deve ser encaminhada para os hospitais psiquiátricos de referência.
- Recursos como Polícia e SAMU podem ser acionados pela família e pelos serviços de saúde, para auxiliar no atendimento.

9.12.1. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA

Quando os efeitos colaterais do medicamento se tornam potencialmente fatais: pseudoparkinsonismo grave e síndrome neuroléptica maligna.

9.13. ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS

Os serviços se poderão se articular em reuniões mensais, por distrito sanitário, envolvendo os CAPS e os profissionais de saúde mental do NASF para discussão dos casos e reavaliação do fluxo. Os profissionais de saúde mental do NASF e das UBS estarão em contato permanente com as equipes de SM por meio do matriciamento – processo de corresponsabilização pelo acompanhamento da pessoa.

9.14. MEDICAÇÕES EXCEPCIONAIS DE ALTO CUSTO

O fornecimento dessas medicações seguirá o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Esquizofrenia Refratária de acordo com as recomendações do Ministério da

Saúde, obedecendo aos critérios de dispensação de medicação de alto custo da Secretaria de Saúde do Estado – SESAU.

9.15. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA

- Ter diagnóstico de esquizofrenia pelos critérios do CID-10;
- Ter apresentado falha terapêutica, caracterizada por diminuição inferior a 30% nos escores prévios da escala BPRS-A à maior dose tolerável pelo paciente de pelo menos duas diferentes classes químicas de antipsicóticos, quais sejam:
 1. Clorpromazina 300 a 1000mg/dia por 3 meses consecutivos;
 2. Haloperidol: 6 a 15mg/dia por 3 meses consecutivos.

9.15.1. OBSERVAÇÕES

1. Na impossibilidade de adequada adesão do paciente ao uso oral dos medicamentos, a administração intramuscular de formulações de haloperidol decanoato em doses de 50 a 150mg por mês, é recomendada para evidenciar falha terapêutica;
2. Na dúvida quanto à equivalência de dose de neurolépticos, recomenda-se o uso do quadro de equivalência da Associação Psiquiátrica Americana;
3. Constar ausência de melhora dos sintomas apesar da diminuição nos fatores psicossociais estressores;
4. Paciente e familiar ou responsável interessado, participativo, disponível, com adequado funcionamento global e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação. No caso de paciente cronicamente asilado, é requerida a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma continuada;
5. Haver adequada documentação e descrição detalhada de toda a doença do paciente;
6. Ter condições de boa adesão e acompanhamento continuado.

9.15.2. CRITÉRIOS ESPECIAIS DE INCLUSÃO

Poderão ser incluídos neste protocolo pacientes com problemas graves que caracterizem intolerância aos antipsicóticos típicos, como:

- Discinesia tardia;
- Distonias graves;
- Acatisia com risco de suicídio;
- Síndrome neuroléptica maligna;
- Diagnóstico de prolactinomas;
- Câncer de mama prolactino-dependente.

10. EPILEPSIA

10.1. RELEVÂNCIA

A prevalência é variável, entre 0,4% e 1%. As faixas etárias mais acometidas são crianças, principalmente abaixo de 02 anos, e idosos com mais de 65 anos. É o transtorno neurológico crônico grave mais comum, logo, tem alto custo social para a comunidade e a família. Quando não controlada, cursa com altas taxas de mortalidade (mortes por traumatismo, queimaduras, afogamento) e de morbidade (sequelas de traumatismo e lesões, etc.).

10.2. DIAGNÓSTICO

Condição heterogênea caracterizada por ter, em comum, crises epiléticas que ocorrem na ausência de condições tóxico-metabólica ou febril. A classificação mais usada para as crises epiléticas é a proposta pela Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE) que se baseia na sua descrição clínica e nos achados eletroencefalográficos ictais e inter-ictais. São classificadas como:

- Crises parciais – Crises parciais são aquelas nas quais, em geral, as primeiras manifestações clínicas e eletroencefalográficas (EEG) indicam ativação de um sistema neuronal limitado à parte de um hemisfério cerebral. Apresentam atividades motoras mais ou menos coordenadas, involuntárias. Na classificação das crises epiléticas, a consciência é entendida como a capacidade de responsividade e percepção consciente (contato do paciente com os eventos e capacidade de lembrá-los e capacidade do paciente em atender a comandos simples ou realizar movimentos intencionais). Crises parciais simples quando a consciência não está prejudicada (muitas vezes chamado de aura).
- Crises parciais complexas quando a consciência está prejudicada.
- Crises generalizadas – Manifestações clínicas e EEG indicam envolvimento inicial simultâneo de ambos os hemisférios.

10.3. COMO IDENTIFICAR

A história clínica é parte fundamental do processo diagnóstico. A anamnese frequentemente definirá se realmente se trata de epilepsia. A descrição das crises deve ser pormenorizada pelo paciente ou testemunha/acompanhante.

Incluir na investigação:

- Fatores precipitantes, aura ou aviso, área do corpo inicialmente afetada, progressão do evento, horário da ocorrência, duração do episódio e condições na pós-crise.

Para confirmar o diagnóstico de epilepsia, devem ter ocorrido ao menos duas crises com mais de 24 horas de intervalo e não associadas a fator desencadeante imediato, como, traumatismo recente, ingestão de álcool ou drogas, ou mesmo pico febril. Investiga-se a existência de enfermidades e condições capazes de produzir crises, buscando sequelas de crises prévias. Devem-se procurar sinais de dano cerebral, averiguando se houve retardo no desenvolvimento psicossocial, baixo rendimento escolar, etc.

10.4. O DIAGNÓSTICO PODERÁ SER AUXILIADO POR EXAMES COMPLEMENTARES

- Eletroencefalograma (EEG).
- Exames laboratoriais (glicemia, eletrólitos, etc.) são úteis no diagnóstico de infecções e distúrbios metabólicos que podem causar crises convulsivas.
- Exames de neuroimagem, como Tomografia Computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética de Crânio detectam calcificações presentes na cisticercose e alguns tumores cerebrais, além de anormalidades estruturais tais como a esclerose hipocampal, malformações do desenvolvimento cortical, tumores, etc.

10.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CONDIÇÕES CLÍNICAS CAUSANDO OS SINTOMAS

- Síncope – Tem como pródromos tonturas, zumbido, sensação de “cabeça vazia”. Geralmente ocorre quando a pessoa está em posição ortostática e quase sempre é provocada por um fator precipitante (psicológico como medo/ansiedade ou fisiológico, tal como levantar, urinar). A recuperação é rápida e o paciente apresenta sudorese profusa, rubor ou palidez. O diagnóstico pode ser difícil quando a pessoa com síncope apresenta breves movimentos crônicos ou mioclonias de natureza não epiléticas.
- Migrânea – Evento paroxístico que se manifesta por cefaleia pulsátil, intensa, podendo ser precedida de sintomas visuais, acompanhadas de sinais e sintomas gastrointestinais, de duração prolongada, maior que 30 minutos e de caráter familiar.

Enxaquecas de região basilar podem ocasionar alterações do nível de consciência.

- Pseudocrises – São ataques de caráter psicológico (crises psicogênicas), geralmente mais prolongados que as crises epiléticas. A pessoa resiste ao exame (por exemplo, é comum que não deixe abrir os olhos), e quase nunca apresenta incontinência. Não obtém resposta adequada ao tratamento com drogas antiepiléticas. Importante pela alta prevalência.
- Transtornos metabólicos – A hiperglicemia pode dar origem à confusão, podendo o paciente chegar a perder a consciência e apresentar convulsões. A história do paciente permite fazer o diagnóstico diferencial. Na ausência de dados, a determinação da

glicemia revelará níveis abaixo do normal.

- Parassonias – Movimentos paroxísticos durante o sono.
- Ataques de pânico – Pode ser confundido com crises de epilepsia do lobo temporal. Normalmente o diagnóstico diferencial pode ser feito pela história clínica.
- Hiperventilação – As crises normalmente acontecem durante períodos de estresse. A hiperventilação provoca uma sensação de tontura e, algumas vezes, até alteração do nível de consciência. O paciente também se queixa de dor torácica, dispneia, visão turva, parestesias, câimbras e fadiga.
- Cardiopatias.

10.6. TRATAMENTO

10.6.1. MANEJO PSICOSSOCIAL

- Orientações diretas - Os objetivos do tratamento e a necessidade de sua continuidade, mesmo na ausência das crises, devem ser esclarecidos, enfatizando-se a tomada regular da medicação devido aos riscos da suspensão brusca da medicação. Fatores desencadeantes como ingestão de álcool, privação de sono, luzes intermitentes e menstruação, devem ser levados em conta e, se possível, evitados.
- Diário de crises - Extremamente útil na avaliação e seguimento do caso, devendo conter os fatores desencadeantes, características da crise, medicação e dosagem em uso na ocasião.
- Intervenções psicológicas – Apesar dos efeitos na frequência das crises não ter sido comprovado, as intervenções psicológicas podem ser usadas em conjunto com o tratamento com drogas antiepiléticas, nos casos em que o controle das crises for considerado inadequado, independente da melhor escolha da terapia medicamentosa. Este recurso não é uma alternativa ao tratamento farmacológico, mas pode ser associado com uma melhora na qualidade de vida de alguns indivíduos. Os princípios gerais do manejo psicológico de pacientes e familiares são prover informação, propor estilo de vida saudável, promover o desenvolvimento de habilidades de convívio com a doença e seu tratamento, ajudar na elaboração da doença e prevenção de atitudes desadaptativas; combater o medo, a restrição excessiva e o estigma, construir estratégias para melhorar a memória e a autoestima, combater o isolamento e estimular a iniciativa e a autonomia.

10.7. MANEJO FARMACOLÓGICO

Antes do início do tratamento medicamentoso, o diagnóstico deve estar firmemente estabelecido. Procurar indicar o tratamento apenas após a ocorrência de ao menos duas crises. O tratamento medicamentoso deve ser considerado e discutido depois de uma crise única quando:

- Indivíduo tem um déficit neurológico;
- EEG mostra atividade epiléptica evidente;
- Indivíduo e/ou seus cuidadores consideram inaceitável o risco de ter uma nova crise;
- Exames de neuroimagem demonstram uma anormalidade estrutural.

Discutir a decisão com o paciente, devendo ser levado em conta tanto os aspectos médicos quanto sociais. A importância da adesão deve ser reforçada, visto que a interrupção brusca pode precipitar uma crise convulsiva.

Selecionar a droga antiepiléptica inicial individualmente, levando em conta o tipo de crise. Também deve ser levado em consideração fatores como: efeitos adversos, especialmente para alguns grupos de pacientes como crianças, mulheres em idade reprodutiva, gestantes e idosos; tolerabilidade individual e facilidade de administração.

Iniciar o tratamento com apenas uma medicação antiepiléptica, em dose mínima eficaz. As doses das medicações devem ser aumentadas gradualmente até obter o controle das crises ou sintomas tóxicos.

Se o tratamento inicial for mal sucedido, apesar da dose máxima tolerada de uma droga antiepiléptica de primeira linha, reconsiderar o diagnóstico, aderência ao tratamento e problemas de natureza farmacocinética. Após essas verificações, pode ser tentada uma segunda droga em monoterapia. A troca deve ser feita com cautela. Ao iniciar uma segunda droga antiepiléptica, aumentar até a dose mínima de manutenção e, em seguida, retirar a primeira medicação.

Se as crises continuarem, apesar da dose máxima tolerada da segunda droga antiepiléptica de primeira linha, introduzir uma combinação de duas drogas de primeira linha.

Se não houver benefício adicional com terapia dupla, continuar com a droga antiepiléptica mais eficaz e/ou menos tóxica, e introduzir tratamento adicional com uma medicação de segunda linha. Considerar a retirada da primeira droga antiepiléptica caso haja sucesso na conduta. Alguns poucos pacientes parecem obter benefício adicional com a associação de mais de duas drogas.

O tratamento deve ser revisto em intervalos regulares para garantir que os indivíduos não fiquem por longos períodos em um tratamento ineficaz ou com baixa tolerância.

A revisão deve incluir questionamento sobre efeitos colaterais e uma discussão sobre a proposta do tratamento, incentivando melhor aderência à medicação. Com pacientes em remissão, continuar o tratamento com drogas antiepilépticas por pelo menos dois anos.

10.8. ABORDAGEM NAS CRISES

A maioria das crises cessa espontaneamente e não se repetem imediatamente, não sendo necessário, portanto, instituir um tratamento medicamentoso de emergência. Apenas devem ser tomadas medidas para evitar que o paciente se machuque, facilitando a respiração mediante o afrouxamento de suas vestes e virando-o de lado para impedir que aspire conteúdo gástrico.

Todas as crises devem ser anotadas em um diário de crises, devendo conter os fatores desencadeantes, se o início foi parcial ou generalizado, se evoluiu para generalização secundária ou não, e medicação e dosagem em uso na ocasião.

10.8.1. SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E ABORDAGEM

O Estado de Mal Epiléptico é uma emergência, com risco de dano cerebral permanente e morte. Apesar de ser definida como mais de 30 minutos de crise ininterrupta ou subentrante; devido à implicação prognóstica em se instituir tratamento precoce, quando a crise convulsiva se prolonga por mais de cinco minutos ou ocorrem três ou mais crises em uma hora, o indivíduo deve receber cuidado e tratamento em um serviço de saúde que preste atendimento de urgência.

- A função respiratória e cardíaca do indivíduo precisa ser monitorada e deve ser viabilizado acesso intravenoso em uma veia de grande calibre.
- Administrar diazepam 10 a 20mg, podendo chegar a 30mg, por via endovenosa, com atenção a ocorrência de depressão respiratória.
- Nos casos em que as crises continuarem, devem-se administrar fenitoína, 100 a 200mg em 200 ml de solução fisiológica 0,9%, lentamente (2 horas) por via endovenosa, controlando a atividade cardíaca.

10.9. PARTICULARIDADES

10.9.1. INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

As necessidades físicas, psicológicas e sociais dos jovens com epilepsia devem ser sempre consideradas pelos profissionais de saúde. Atenção especial deve ser dada aos relacionamentos interpessoais com a família, amigos e na escola.

10.9.1.1. CONVULSÃO FEBRIL

São as crises que apresentam em associação com febre na ausência de infecção intracraniana ou de outra causa evidente de epilepsia. É necessário descartar o diagnóstico de meningite ou encefalite mediante o exame clínico e, se necessário, punção lombar em ambiente hospitalar. Convulsão febril não significa epilepsia. Nas crianças que apresentarem episódios recorrentes, pode-se fazer uso de diazepam intermitente no período em que a criança apresenta quadro febril. Existe fator de risco para o desenvolvimento de epilepsia residual se:

- A crise ocorre antes dos 18 meses;
- É acompanhada de déficit neurológico;
- Tem duração maior que 20 minutos.

10.9.2. MULHER

10.9.2.1. CONTRACEPÇÃO

As drogas antiepiléticas aumentam a metabolização dos anticoncepcionais orais, podendo torná-los ineficazes. Portanto, os riscos e os benefícios de diferentes métodos contraceptivos devem ser discutidos com as mulheres em idade fértil. As mulheres que optarem pelo anticoncepcional oral como método contraceptivo deve fazer uso de medicações que contenham no mínimo 50mcg de estrogênio. Se ocorrer sangramento, a dose de estrogênio deve ser aumentada para 75 microgramas ou para 100 microgramas por dia. Deve ser recomendado o uso adicional de métodos contraceptivos de barreira.

10.9.2.2. GRAVIDEZ

Se a paciente deseja engravidar, antes da concepção deve se iniciar uso de Ácido Fólico 5 mg/dia. Tentar deixá-la em monoterapia, com a menor dose possível, mas tentando garantir o melhor controle das crises. Confirmada a gestação, deve seguir rigorosamente o acompanhamento pré-natal. O risco de malformação fetal, nas mulheres que usam drogas antiepiléticas, é de cerca de 3-10%, mais frequentemente ocorrendo lábio leporino, fenda palatina e outras anormalidades craniofaciais, malformações cardíacas e defeitos do tubo neural.

10.9.2.3. AMAMENTAÇÃO

Geralmente é segura para as mulheres com epilepsia e deve ser incentivada. Apesar da passagem das drogas antiepilépticas através do leite materno, a amamentação deve ser encorajada pelos inúmeros benefícios relacionados.

10.9.3. IDOSO

As recomendações na escolha do tratamento e a importância da monitorização regular da eficácia e tolerabilidade são as mesmas da população geral.

10.10. PROGNÓSTICO COM TRATAMENTO

O prognóstico para o controle das crises é muito bom: 70% a 80% das pessoas que manifestam epilepsia irão ficar livres do problema e 50% destas não vão necessitar tomar medicação. Cerca de 20 a 30% dos pacientes evoluirão para epilepsia crônica e em tais casos, o tratamento torna-se mais difícil. Apenas uma minoria dos pacientes com epilepsia grave irá apresentar deterioração física e intelectual. Poucos pacientes (5%) com epilepsia são intratáveis. Após dois anos de remissão das crises, o prescrito pode levantar a possibilidade de suspender o tratamento medicamentoso.

A decisão para continuar ou retirar a medicação deve ser tomada pelo profissional que acompanha o caso, em conjunto com o indivíduo e seus acompanhantes, após discussão sobre os riscos e os benefícios da retirada. Deve haver compreensão do risco de retorno das crises e levar em conta o tipo de epilepsia, o prognóstico e o estilo de vida do indivíduo portador de epilepsia.

10.11. TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS À EPILEPSIA

A prevalência de indivíduos portadores de epilepsia em unidades de atendimento psiquiátrico é nove vezes maior que a da população geral, o que aponta o alto índice de comorbidade entre epilepsia e doença mental. Os transtornos mentais associados à epilepsia são divididos em:

Transtornos peri-ictais - Aqueles que surgem em proximidade temporal à ocorrência das crises epiléticas ou mudanças súbitas na frequência das mesmas. São subdivididos em peri-ictais, pós-ictais, parasitais e alternantes.

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

Não se observa relação temporal com as crises epilépticas, elas estão presentes entre as crises ou mesmo na ausência delas. Consciência em geral preservada, com possíveis exceções.

Os transtornos mentais mais comuns associados à epilepsia são:

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

10.12. TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS À EPILEPSIA

10.12.1. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

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

Programas psicopedagógicos para grupos de pacientes e familiares, grupos de autoajuda e intervenções psicoterapias básicas proporcionam aporte de informação; auxílio na elaboração e aceitação da doença; combate ao estigma, medo, restrição excessiva, baixa autoestima e desesperança.

10.12.2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Quando possível, a politerapia deve ser evitada. Devem ser observados os efeitos colaterais neuropsiquiátricos das drogas antiepilépticas (DAE). Atenção especial deve ser dada para a intoxicação pelas drogas antiepilépticas. O perfil psicofarmacológico de algumas medicações usadas na epilepsia deve ser aproveitado nos transtornos mentais, como os estabilizadores de humor e ansiolíticos.

A diferenciação entre transtorno mental parietal e inter-ictal é fundamental na definição da conduta terapêutica.

Transtornos peri-ictais - conduta medicamentosa voltada para o melhor controle das crises epiléticas, com exceção dos casos de transtorno alternante.

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

Apesar dos princípios básicos do tratamento psicofarmacológico nos pacientes com epilepsia serem semelhantes aos preconizados nos pacientes sem epilepsia, algumas particularidades deve ser observado - Interferência no limiar epileptogênico:

- Lítio diminui o limiar convulsivo.
- Os antipsicóticos também diminuem o limiar epileptogênico (fenotiazinas mais que butirofenonas e antipsicótico atípicos). Portanto, entre os antipsicóticos disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, a primeira escolha de uso é o Haloperidol, sendo a clorpromazina considerada de alto risco.
- Os benzodiazepínicos aumentam o limiar convulsivo.
- Os antidepressivos geralmente diminuem o limiar convulsivo, tricíclicos mais que os ISRS, devendo então ser considerado a Fluoxetina como preferência no tratamento nos quadros de depressão inter-ictal.

10.12.3. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Interações farmacológicas entre as drogas antiepiléticas e os psicofármacos podem diminuir a eficácia por redução dos níveis séricos ou provocar toxicidade por elevação dos níveis séricos ou deslocamento protéico. Os psicofármacos, portanto, devem ser introduzidos lentamente e usados na menor dose eficaz possível. Deterioração do comportamento em seguida a introdução de psicofármacos pode significar intoxicação por DAE. Principais interações medicamentosas:

- Carbamazepina, fenitoína e barbitúricos diminuem os níveis séricos dos psicofármacos por indução enzimática;
- Valproato de sódio eleva os níveis séricos dos psicofármacos por inibição enzimática não competitiva, podendo também apresentar interações por deslocamento protéico;
- Antidepressivos tricíclicos apresentam efeitos inconsistentes sobre DAE, com potencial elevação dos níveis séricos das DAE;
- Inibidores seletivos da Recaptação de serotonina apresentam potencial para elevação dos níveis séricos das DAE (particularmente a fluoxetina);
- Fenotiazínicos também podem provocar a elevação dos níveis séricos de Fenitoína e de Valproato de sódio.

11. QUADROS ALIMENTARES

11.1. CONTEXTUALIZAÇÃO E RELEVÂNCIA DO TEMA

Os transtornos alimentares (T.A.) afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a marcantes prejuízos psicológicos, sociais e aumento de morbidade e mortalidade. A cultura narcísica e mercadológica da aparência, a perda do ritual simbólico da alimentação, a popularização das dietas favorecem o aumento da incidência de T.A.

Serão discutidos nesta diretriz a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e os Transtornos Alimentares Não Especificados ou Sem Outra Especificação (TASOE), dentre eles os Transtornos da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). A média de prevalência da AN em mulheres jovens no Oeste Europeu e nos Estados Unidos (mulheres ocidentais) é de 0.3%, a média de prevalência da BN é de 1% e é de 2 a 5% para os TASOE (aplicando os critérios do DSM-IV). O TCAP apresenta prevalência 2% a 3% da população geral; 5 a 10 % entre os obesos, 30% entre os sujeitos que fazem tratamento para emagrecer e 50% entre os candidatos à cirurgia bariátrica. É mais prevalente entre as mulheres.

A anorexia e a bulimia nervosa são psicopatologias difíceis de serem abordadas. Isto ocorre pela complexidade da etiologia e do quadro. Fatores biológicos, familiares, socioculturais e psicológicos interagem para a instalação e manutenção destes quadros, exigindo equipe especializada, interdisciplinar para o tratamento. Embora a patogenia dos transtornos alimentares seja pouco compreendida, é reconhecido que estes distúrbios frequentemente são acompanhados por outros transtornos psiquiátricos.

As comorbidades prevalentes nos transtornos alimentares seriam: depressão, TOC, e transtornos de personalidade. A gravidade dessas comorbidades é bastante acentuada pela má nutrição e pelos comportamentos alimentares patológicos, mas em alguns casos elas precedem à perda de peso ou alimentação irregular e persistem após o paciente se recuperar do transtorno alimentar.

11.2. DIAGNÓSTICO

Os transtornos alimentares constituem uma série de alterações relacionada ao comportamento alimentar inadequados e incompatíveis com a saúde física e psíquica, estabelecendo quadros clínicos com sintomatologia específica, grave e complexa. Embora classificados separadamente, a AN e a BN acham-se intimamente relacionados por

apresentarem psicopatologia comum: uma ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva as pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar a si mesmas baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitas.

11.3. ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa caracteriza-se por perda de peso intensa e intencional a expensas de dietas extremamente rígidas com uma busca desenfreada pela magreza, uma distorção grosseira da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual.

11.4. BULIMIA NERVOSA

A bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. As preocupações excessivas com o peso e a imagem corporal levam o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como vômitos autoprovocados, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos.

11.5. TRANSTORNOS ALIMENTARES SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO – TASOE

Dentre os TASOE, ressaltam-se os quadros atípicos (parciais) de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, e o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) ou *binge eating disorder* (BED). Os quadros atípicos representam manifestações mais leves ou incompletas, muito mais frequentes que as síndromes completas e com risco de evoluírem para as mesmas.

Sua correlação, tanto com essas quanto com a preocupação cultural “normal” com peso e forma, é objeto de discussão dentro da concepção de possível existência de um “*continuum*” de preocupação com o peso, no qual as síndromes parciais estariam no meio caminho deste espectro. Ainda entre os TASOE, as classificações citam os quadros de ruminação e Pica (ingestão de coisas que não são alimentos), mais comuns na infância, a hiperfagia reativa e algumas alterações do comportamento alimentar sem critérios específicos que parecem melhor representar sintomas do que síndromes propriamente ditas.

11.6. TRATAMENTO

11.6.1. ANOREXIA NERVOSA

A principal meta do tratamento da AN é o ganho de peso até o índice de massa corporal (IMC) acima de 19. Caso haja comorbidade psiquiátrica, é necessária a abordagem psicofarmacológica.

11.6.2. BULIMIA NERVOSA

A meta principal do tratamento da BN é a regularização do padrão alimentar com suspensão de práticas purgativas e restritivas. Para a maioria de pacientes com BN, um tratamento não farmacológico é considerado o primeiro passo. Se o tratamento com abordagem psicoterápica não estiver evoluindo como o esperado, medicamentos antidepressivos (principalmente ISRS) estão indicados.

11.6.3. TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Os pacientes com TCAP são grupos de risco para ganho de peso e, à medida que o quadro evolui, atingem patamares de sobrepeso ou de obesidade. Os objetivos do tratamento do TCAP devem incluir a redução dos episódios bulímicos, diminuição do peso corporal para pacientes obesos e melhora da psicopatologia associada (sintomas depressivos e ansiosos), preferencialmente com associação de psicofármacos (antidepressivos, devido à incidência de mais de 50% de depressão mórbida) e de psicoterapia.

11.7. MANEJO PSICOSSOCIAL

11.7.1. ANOREXIA NERVOSA

A maioria das pessoas com AN deveria ser manejada em nível ambulatorial com tratamento psicológico e monitorização física. Intervenções psicológicas podem ser utilizadas na AN, além de intervenções familiares focadas explicitamente nos transtornos alimentares. A duração do tratamento deveria ser de no mínimo seis meses (primeiro tratamento) ou 12 meses (pacientes pós-alta hospitalar).

As metas do tratamento psicológico deveria ser a redução de riscos, encorajamento ao ganho de peso e ao comer saudável, redução de outros sintomas relacionados ao transtorno alimentar e facilitar a recuperação física e psicológica. Aconselhamento dietético feito

isoladamente teve uma taxa de 100% de não adesão, quando comparado às outras formas de intervenção psicoterápica.

11.7.2. BULIMIA NERVOSA

Como possível primeiro passo, os pacientes deveriam ser encorajados a usar um programa de autoajuda baseado em evidências, um ensaio com medicação antidepressiva é uma alternativa ou como tratamento adicional. Esses programas de autoajuda mostraram ser mais efetivos que lista de espera e tão efetivos quanto às abordagens individuais, mas ainda não está esclarecida sua eficácia comparada aos antidepressivos e medicações redutoras de apetite. Existem intervenções psicoterapêuticas comprovadas no tratamento da BN. Os pacientes deveriam ser informados que os tratamentos psicológicos para BN têm efeito limitado no peso corporal.

11.7.3. TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP)

Existem intervenções psicoterapêuticas comprovadas no tratamento da TCAP (*Binge Eating Disorder* – BED). Como possível primeiro passo, os pacientes deveriam ser encorajados a usar um programa de autoajuda baseado em evidências. Os pacientes deveriam ser informados que os tratamentos psicológicos para BED têm efeito limitado no peso corporal.

11.8. MANEJO FARMACOLÓGICO

11.8.1. ANOREXIA NERVOSA

O uso de medicamentos na síndrome anoréxica baseia-se em três pontos principais: as distorções do pensamento associados aos transtornos da imagem corporal (que alguns autores consideram como uma forma de psicose), os sintomas depressivos associados e as alterações do apetite.

A anorexia nervosa ainda não possui um tratamento farmacológico considerado eficaz para melhora da psicopatologia do transtorno (sintomas nucleares da AN), principalmente na fase aguda (pacientes internados). Entretanto, a ação favorável contra placebo, em alguns estudos de antidepressivos (Fluoxetina 20-60mg/dia e Amitriptilina 175mg/dia) na prevenção de recaídas após, pelo menos parcial restabelecimento do peso (com melhora no ganho de peso, no humor Disfóricos e nos pensamentos obsessivos residuais) e, de alguns antipsicóticos

no ganho de peso (melhora na ansiedade e na recusa alimentar) para casos refratários, pode sinalizar como deverão ser pesquisas futuras.

11.8.2. BULIMIA NERVOSA E TCAP

O uso de antidepressivos, tricíclicos como a Imipramina (à exceção da Amitriptilina) e principalmente os ISRS (Fluoxetina 60mg/dia como primeira opção e Sertralina 200mg/dia em situações onde a fluoxetina estaria contraindicada ou por ter sido ineficaz), mostra-se eficaz na bulimia nervosa (redução de mais de 50% nos episódios bulímicos e compulsões alimentares) e parcialmente no TCAP (alta incidência de depressão maior: 51%). Um ensaio de oito semanas é o tempo apropriado para se obter uma melhora clínica relevante. Se após esse período não houver resposta significativa, uma alternativa terapêutica deve ser tentada, como a instituição das abordagens não farmacológicas já descritas acima ou se as mesmas já foram aplicadas, pode-se pensar no uso de medicações coadjuvantes.

11.8.3. PARTICULARIDADES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Os membros da família que abordam diretamente os transtornos alimentares, incluindo os irmãos, deveriam ser normalmente incluídos no tratamento de crianças e adolescentes com transtornos alimentares. Intervenções incluem compartilhamento de informações, aconselhamento no manejo comportamental e facilitar a comunicação.

11.9. FLUXO DE ATENÇÃO

11.9.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA

A equipe de Saúde da Família atua em proximidade com a família e comunidade, desenvolvendo ações de promoção à saúde mental bem como de prevenção. Também presta assistência à pessoa como um todo, dentro do contexto familiar, sendo responsável pelo reconhecimento de problemas, bem como dos transtornos alimentares, dando-lhes o devido atendimento e quando necessário, o encaminhamento para serviço especializado.

11.9.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

11.9.2.1. ANOREXIA NERVOSA

O tratamento especializado da Anorexia Nervosa deve ser realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar que acesse e trate riscos físicos, psicológicos e psiquiátricos devendo incluir:

- Monitoramento de riscos físicos através de exames regulares de acordo com a necessidade (além dos exames citados, incluir ecocardiograma e densitometria óssea);
- Monitoramento do peso; espera-se um ganho de meio kg de peso corporal por semana com monitoramento do estado físico;
- Acompanhamento psicológico individual e em grupo focado num primeiro momento no comportamento alimentar e atitudes referentes ao peso e à forma;
- Crenças com relação à expectativa de ganho de peso;
- Acompanhamento psiquiátrico;
- Acompanhamento nutricional;
- Intervenções familiares: Psicoeducação, manejo, psicoterapia, esclarecimentos de riscos, compartilhamento de decisões quanto ao tipo e necessidade de tratamento.

11.9.2.2. BULIMIA NERVOSA

Deve ser realizado por equipe multiprofissional especializada e interdisciplinar que acesse e trate riscos físicos, psicológicos e psiquiátricos devendo incluir:

- Monitoramento de riscos físicos através de exames regulares de acordo com a necessidade;
- Acompanhamento psicológico individual e em grupo focado no comportamento alimentar e atitudes referentes ao peso e à forma; crenças com relação à expectativa de ganho de peso estão indicadas por um período de 4 a 5 meses uma vez por semana;
- Acompanhamento psiquiátrico;
- Acompanhamento nutricional;
- Intervenções familiares: Psicoeducação, manejo, psicoterapia e esclarecimentos de riscos, compartilhamento de decisões quanto ao tipo e necessidade de tratamento;
- A maioria dos casos pode ser tratada ambulatorialmente, devendo-se estar atento aos riscos de suicídio e de automutilação.

11.9.2.3. INTERNAÇÃO

Os profissionais envolvidos devem estar atentos àquelas pacientes que tenham pobre controle de impulsos e/ou em uso de substâncias psicoativas. Após a internação o tratamento psicológico e monitoramento de riscos devem durar no mínimo doze meses.

12. ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

12.1. RELEVÂNCIA E EPIDEMIOLOGIA

Segundo o levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas feitas em 2001 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) nas 107 maiores cidades brasileiras, o uso na vida no Brasil para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 19,4%. Para o Brasil como um todo, cerca de 4% dos entrevistados foram tratados pelo uso de álcool e/ou de drogas.

As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de tais substâncias são hoje bem conhecidas e consideradas um problema de saúde pública. Os médicos têm facilidade para identificar e abordar tais complicações, no entanto, o uso nocivo e a dependência de substâncias psicoativas são pouco diagnosticados. Entretanto, as inovações diagnósticas introduzidas nas últimas décadas, as investigações acerca da história natural da doença, bem como as novas técnicas terapêuticas (especialmente as intervenções breves) tornaram a dependência de substâncias psicoativas um assunto menos complexo e passível de ser conduzido por um espectro maior de profissionais.

Uma vez que boa parte dos dependentes químicos entra em contato com o sistema de saúde, devido a complicações decorrentes do seu consumo através do médico generalista, atualizar os profissionais de saúde acerca das inovações conceituais da dependência química e as novas abordagens baseadas em evidências para estes indivíduos é fundamental para o estabelecimento do diagnóstico precoce e a motivação destes indivíduos a buscar ajuda especializada.

12.2. COMO ABORDAR E AVALIAR

Uma boa avaliação inicial é essencial para a continuidade do tratamento. Não apenas pode ser decisiva para o engajamento do paciente, como pode desencadear o processo de mudança muito antes da sua conclusão e tem por objetivo:

- Coletar dados do indivíduo para o planejamento de seu cuidado;
- Investigar queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo;
- Investigar sua condição social e econômica.

A entrevista inicial deve ser diretiva, mas sem deixar de ser acolhedora, empática, clara, simples, breve e flexível. O foco deve estar centrado no indivíduo e no uso de substâncias. Intervenções desse tipo auxiliam a motivação do paciente e melhoram o

planejamento do tratamento. Devem-se evitar confrontos e só estimular mudanças compatíveis com o estado motivacional do paciente, utilizando o bom senso. A avaliação inicial começa por uma anamnese clínica geral. Em seguida, uma anamnese mais específica, mesmo que breve, deve investigar o consumo de álcool e drogas.

Alguns sinais e sintomas, se investigados, podem indicar a presença de complicações do consumo. Auxiliam, assim, na determinação da gravidade do consumo. Após a anamnese geral e específica, processa-se o exame físico. Devem-se observar alguns sinais mais comuns do uso de álcool e drogas.

Não há análises bioquímicas específicas, patognomônico para o uso de álcool e drogas. No entanto, a dosagem das enzimas hepáticas pode contribuir com o diagnóstico dos transtornos relacionados ao consumo de álcool ou de estimulantes. Em resumo, o diagnóstico de dependência consiste na obtenção de três perfis básicos:

1. Padrão de consumo e a presença de critérios de dependência;
2. A gravidade do padrão de consumo e como ele complica outras áreas da vida;
3. A motivação para a mudança. Para cada indivíduo, cabem orientações específicas e atitudes compatíveis com o grau de problema.

Assim, a avaliação inicial deve incluir:

- Uma triagem breve e efetiva;
- Uma descrição detalhada do problema;
- A avaliação da motivação;
- Diagnóstico precoce com uma investigação de comorbidade;
- Plano de tratamento;
- Avaliação de processo e resultados.

12.3. DIAGNÓSTICO

12.3.1. CONCEITOS BÁSICOS

Substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a autoadministração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo. As substâncias com potencial de abuso discutidas neste conjunto de diretrizes são agrupadas em sete classes: álcool, nicotina, cocaína, anfetaminas e êxtase, inalantes, ansiolíticos, benzodiazepínico e maconha.

Os opiáceos não serão abordados nessas diretrizes devido à baixa prevalência de abuso e dependência no Brasil e quando presente, geralmente necessita de abordagem especializada, devendo ser encaminhado os casos detectados para os CAPSad.

12.3.2. DIFERENTES PADRÕES DE CONSUMO E RISCOS RELACIONADOS

Existem padrões individuais de consumo que variam de intensidade ao longo de uma linha contínua. Qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo. Desse modo, o consumo de álcool em baixas doses, cercado das precauções necessárias à prevenção de acidentes relacionados, faz deste um consumo de baixo risco. Há indivíduos que bebem eventualmente, mas são incapazes de controlar ou adequar seu modo de consumo. Isso pode levar a problemas sociais (brigas, faltas no emprego), físicos (acidentes) e psicológicos. Diz-se que tais indivíduos fazem um uso nocivo do álcool. Por fim, quando o consumo se mostra compulsivo e destinado a evitação de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e ou psicológicos, fala-se em dependência.

12.3.3. CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE USO NOCIVO E DEPENDÊNCIA

12.3.3.1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE USO NOCIVO OU ABUSIVO

A OMS define uso nocivo como “um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde”, podendo ser esse de natureza física ou mental. A presença da síndrome de abstinência ou de transtornos mentais relacionados ao consumo, como demência alcoólica, exclui esse diagnóstico.

12.3.3.2. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA DEPENDÊNCIA

A dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica. A avaliação inicial começa pela identificação dos sinais e sintomas que caracterizam tal situação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizou os critérios do CID 10 para elaborar suas diretrizes diagnósticas para a síndrome de dependência de substâncias psicoativas.

12.4. MANEJO PSICOSSOCIAL

12.4.1. ACONSELHAMENTO

O aconselhamento para que o paciente interrompa ou diminua o consumo de qualquer substância deve ser claro e objetivo, baseado em informações personalizadas, obtidas durante a anamnese. Um aconselhamento rápido feito por um generalista é capaz de induzir uma porcentagem de pacientes a interromper completamente o consumo de substâncias psicoativas.

12.4.2. INTERVENÇÃO BREVE

A intervenção breve é uma técnica mais estruturada que o aconselhamento, mas não mais complexa. Possui um formato também claro e simples e pode ser utilizada por qualquer profissional. Qualquer intervenção, mesmo que breve, é melhor que nenhuma. Ela está indicada inclusive para pacientes gravemente comprometidos. Quando tais intervenções são estruturadas em uma a quatro sessões, produzem um impacto igual ou maior que tratamentos mais extensivos para a dependência de álcool.

Terapias fundamentadas na entrevista motivacional produzem bons resultados no tratamento e podem ser utilizadas na forma intervenções breves. Motivar o paciente, melhora suas chances de procurar e aderir ao tratamento especializado. As intervenções breves começam pelo estabelecimento de uma meta. Em seguida, desenvolve-se a automonitorização, identificação das situações de risco e estratégias para evitar o retorno ao padrão de beber problemático.

Em função da heterogeneidade e gravidade dos pacientes e seus problemas, a intervenção breve pode ser ampliada para uma terapia breve com até seis sessões. O espectro de problemas também determina que se apliquem intervenções mais especializadas para pacientes com problemas graves, além de adicionais terapêuticos, como manuais de autoajuda, aumentando a efetividade dos tratamentos.

12.5. REDUÇÃO DE DANOS

A política de redução de danos, preconizada pelo Ministério da Saúde, é considerada como um conjunto estratégico de medidas de saúde pública, voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Tem como princípio fundamental o respeito à escolha do usuário, o que tem como consequência inequívoca a

maior aceitação de propostas relativas a projetos terapêuticos e de vida. Permite e potencializa o trabalho articulado via rede de atenção integral, possibilitando aos usuários a reconstrução de identidades individuais, a reinclusão social, o protagonismo e o resgate de cidadania.

12.6. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

As complicações relacionadas ao consumo de álcool não estão necessariamente relacionadas ao uso crônico. Intoxicações agudas, além de trazer riscos diretos à saúde, deixam os indivíduos mais propensos a acidentes. Desse modo, os problemas relacionados ao consumo de álcool podem acometer indivíduos de todas as idades. Eles devem ser investigados por todos os profissionais de saúde, em todos os pacientes. O diagnóstico precoce melhora o prognóstico entre esses indivíduos.

12.6.1. COMO ABORDAR E AVALIAR

Há algumas considerações acerca do consumo de álcool que merecem atenção da prática clínica diária. Para que sejam contempladas, faz-se necessária a implantação de procedimentos de avaliações e triagem por profissionais de saúde dirigidas ao uso, abuso e dependência álcool.

12.6.2. PADRÃO DE CONSUMO

A investigação detalhada do padrão de consumo, além de detectar os níveis de gravidade, permite a observação de rituais de uso e auxilia no estabelecimento de estratégias de mudanças.

12.6.3. TRIAGEM OU RASTREAMENTO

Em serviços de atenção primária à saúde, recomenda-se a aplicação de questionários de triagem para determinar a presença de uso nocivo ou de risco. O *Drug Abuse Screening Test (DAST)* e o CAGE podem ser utilizados, sendo o CAGE um dos mais indicados. Este instrumento é de fácil aplicação. Ele não faz o diagnóstico de dependência, mas detecta os bebedores de risco, para os quais se devem propor uma intervenção.

O CAGE possui boa sensibilidade e especificidade para duas respostas positivas. Acrescentando-se perguntas simples como:

1. Você já teve problemas relacionados ao uso de álcool?
2. Você bebeu nas últimas 24 horas?

➤ **CAGE** é composto por quatro questões que admitem respostas do tipo sim ou não:

- C – Alguma vez o Senhor (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
- A – As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
- G – O Senhor (a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?
- E – O Senhor (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

12.6.4. DIAGNÓSTICO

A partir desta avaliação inicial, critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID 10) podem ser aplicados para o diagnóstico diferencial entre abuso e dependência de álcool. A dosagem das enzimas hepáticas GGT, TGO e TGP, o volume corpuscular médio (VCM) e a transferrina (CDT) foram propostos como possíveis marcadores biológicos da dependência de álcool. Todas estas etapas da avaliação fazem parte da fase mais importante do tratamento: o diagnóstico multidimensional. Dele dependerá o planejamento do tratamento e a intervenção subsequente.

12.6.5. INTOXICAÇÃO AGUDA

Intoxicação é o uso nocivo de substâncias em quantidades acima do tolerável para o organismo. Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Inicialmente há sintomas de euforia leve, evoluindo para tontura, ataxia e falta coordenação motora, passando para confusão e desorientação, e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma. A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia.

O desenvolvimento de tolerância, a velocidade da ingestão, o consumo de alimentos e alguns fatores ambientais também são capazes de interferir nessa relação. A partir de 150 mg% de alcoolemia deve-se intervir. A maioria dos casos não requer tratamento farmacológico. De acordo com os sintomas e sinais, devem-se conduzir medidas gerais de suporte à vida.

12.6.6. SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DO ÁLCOOL

A maioria dos dependentes (70% a 90%) apresenta uma síndrome de abstinência entre leve a moderada, caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora. Ela se dá perto de 24 e 36 horas após a última dose. Apenas medidas de manutenção geral dos sinais vitais são aplicadas nesses casos. Por volta de 5% dos dependentes apresentarão uma síndrome de abstinência grave. A SAA é autolimitada, com duração média de 7 a 10 dias.

Crises convulsivas aparecem em 3% dos casos (principalmente nas primeiras 48hs de abstinência) e geralmente são autolimitadas, não requerendo tratamento específico. A mortalidade gira em torno de 1%. O sintoma de abstinência mais comum é o tremor, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos. Ele tem intensidade variável e aparece algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, mais observados no período da manhã. Acompanha os tremores a hiperatividade autonômica, desenvolvendo-se taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese, hipotensão ortostática e febre (< 38°C).

12.6.6.1. CRITÉRIOS DE GRAVIDADE DA SAA

Conforme exposto anteriormente, a síndrome de abstinência do álcool possui diferentes níveis de gravidade, que podem variar desde um quadro eminentemente psíquico (insônia, irritabilidade, piora das funções cognitivas) até outros, marcadamente autonômicos, com delirium e crises convulsivas. A SAA pode ser avaliada segundo alguns aspectos de gravidade: história pregressa de SAA grave; altos níveis de álcool no sangue sem sinais e sintomas de intoxicação; alcoolemia alta (300mg/dl); uso concomitante de sedativos; comorbidades e idade avançada.

Quando o indivíduo apresenta a SAA é aconselhável aplicar a *Clinical Withdrawal Assessment Revised* (CIWA-Ar). Trata-se de uma escala com 10 itens, cujo score final classifica a gravidade da SAA e fornece subsídios para o planejamento da intervenção imediata. A aplicação da escala requer de 2 a 5 minutos.

- SAA Nível I: Trata-se da SAA leve e moderada. Ela aparece nas primeiras 24 horas após a última dose. Instala-se em 90% dos pacientes com agitação, ansiedade, tremores finos de extremidades, alteração do: sono, senso-percepção, humor, relacionamento interpessoal, apetite, sudorese em surtos, aumento da frequência cardíaca, pulso e temperatura. Alucinações são raras.
- SAA Nível II: É a SAA grave. Cerca de 5% dos pacientes evoluem do estágio I para o II. Isso se dá perto de 48 horas da última dose. Os sinais autonômicos são mais intensos, os tremores generalizados, apresentam alucinações auditivas e visuais e

desorientação tempo-espacial. Em um estágio ainda mais grave, cerca 3% dos pacientes do estágio II chegam ao *Delirium Tremens* (DM), após 72 horas da última dose. O DM piora ao entardecer (*sundowning*). Há riscos com sequelas e morte entre aqueles que não recebem tratamento. Por volta de 10% a 15% destes apresentam convulsões do tipo grande mal. Esta psicose orgânica é reversível, dura de 2 a 10 dias, cursa com despersonalização, humor intensamente disfórico, alternado da apatia até a agressividade. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com traumatismo craniano e doenças epileptiformes.

- Manejo clínico e medicamentoso da SAA: O nível de gravidade da SAA aferido pela CIWA-Ar pode determinar a escolha do local mais adequado: com escore de Nível I, o paciente deve ser encaminhado para o CAPSad para avaliar a necessidade e disponibilidade de uma unidade hospitalar para internação ou regime intensivo para desintoxicação no próprio CAPSad conforme disponibilidade de recursos sociais (família, moradia, etc.) e complicações clínicas do indivíduo. Escores menores permitem a desintoxicação domiciliar ou ambulatorial (com seguimento intensivo pelos centros de saúde), dependendo dos recursos clínicos, psíquicos, sociais e do local. Escores de Nível II, o paciente deve ser encaminhado a uma Unidade de Urgência e Emergência.

O manejo clínico e medicamentoso dos pacientes também está condicionado à gravidade da SAA. Pacientes com SAA nível I podem receber tratamento ambulatorial (centros de saúde e/ou CAPSad). As consultas devem ser frequentes. O paciente e sua família devem ser orientados sobre a doença e da necessidade de buscarem uma sala de emergência caso haja agravamento clínico.

A abordagem hospitalar em regime de acompanhamento intensivo destina-se àqueles com SAA nível II, por tratar-se de um ambiente protegido e mais seguro para manejar complicações. Neste local a recuperação pode ser mais rápida, em função do controle e dos recursos disponíveis.

Apesar da diretriz citada como referencia básica desse protocolo afirmar que o tratamento da SAA nível II deveria ser obrigatoriamente hospitalar (devido ao estado confuso do paciente; à presença frequente de complicações clínicas associadas; à necessidade de exames laboratoriais de controle e de manejo da dose dos medicamentos), entendemos tais condições clínicas pode ser feito em regime de CAPSad 24 horas, desde que haja estrutura social (exemplo: vaga em albergue da Secretaria Municipal de Assistência Social, para o usuário em situação de rua sem familiares disponíveis) e/ou familiar.

12.6.7. MANEJO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico das dependências químicas como um todo não deve ser a estratégia terapêutica principal, visto que inúmeros outros fatores, além dos biológicos, perfazem estas doenças, mas deve ser pensada como uma importante ferramenta médica na melhor abordagem dos pacientes. Tais estratégias terapêuticas são reservadas aos pacientes que pouco responde às demais intervenções psicossociais (além do manejo farmacológico da SAA). Portanto, são pacientes de maior gravidade, devendo ser encaminhados para o CAPSad onde serão avaliados as possibilidades terapêuticas disponíveis.

Dissulfiram (DSF) tem demonstrado ser mais efetivo (diminui número de dias de consumo do álcool) para pacientes que acreditam em sua eficácia e permaneçam aderentes ao tratamento. O DSF oral supervisionado é eficaz quando incorporado a um tratamento que inclua uma abordagem de reforço comunitário; isto é, intervenções elaboradas com a finalidade de criar novas habilidades sociais, por meio de aconselhamento, além de atividades de ressocialização e recreativas que estimulem a abstinência. É importante a adoção de estratégias que aumentem a aderência ao tratamento, tais como contratos sociais de contingência – que consistem em acordos terapêuticos entre o paciente e as pessoas envolvidas no seu tratamento, com o objetivo de determinar a supervisão da administração do medicamento por algum familiar; monitorização comportamental da abstinência; além de alguma forma de reforço positivo para a abstinência. A efetividade do tratamento aumenta com essas intervenções.

12.6.8. A DOENÇA DO ALCOOLISMO E O APOIO DO GRUPO AA

Segundo SANTOS, Nilza A, (2009) a doença do alcoolismo, também conhecido como “síndrome da dependência do álcool” apresenta alguns sintomas de fácil reconhecimento:

- Compulsão - necessidade ou desejo de beber, manifestado pela pessoa de modo incontrolável;
- Perda de controle - que se traduz pela dificuldade da pessoa que bebe em parar de fazê-lo;
- Dependência física - tal como ocorre nos casos de consumo de outras drogas, quando ocorre abstinência, a pessoa passa a apresentar sintomas físicos visíveis aos que a rodeiam, tais como: suores, tremores, náuseas, estados de ansiedade que são aliviados quando a pessoa “viciada” bebe novas doses de álcool; e,
- Tolerância - quando há necessidade da pessoa aumentar a dose dessa droga para atingir o estado desejado (totalmente alcoolizado, “alto”).

O grupo AA presta um efetivo apoio na recuperação de dependentes de álcool. Os grupos de apoio de alcoólicos anônimos ajudam na melhora dos sentimentos de autoestima, principalmente em tratamento concomitante a psicoterapia individual e/ou grupo, tendo um percentual significativo de mudança na adicção de álcool.

Nesse aspecto destaca-se o papel da família do indivíduo alcoólico. Ainda segundo SANTOS (2009) a existência de um alcoolista, seja ele homem ou mulher, adolescente ou adulto, no seio de uma família certamente atinge as outras que convivem diariamente ou temporariamente com ele. Principalmente entre os membros das camadas populares, a família é pensada como uma ordem moral, operando como uma referência simbólica central, a partir da qual se formula e se organiza a produção dos significados sobre a existência e sobre a vida social.

A primeira coisa que nos vem à mente quando falamos em família é: casal heterossexual, com filhos, um animal de estimação, o homem como chefe da família e a mulher como dona de casa. Quando temos esta estrutura, torna-se fácil definir a família. Mas nem sempre isso é real. Por família devemos entender várias formas de relacionamento com compromisso. Por exemplo: um alcoólatra solteiro que mantém uma relação amigável com a família do vizinho, casais homossexuais, irmãos de criação, sem ser necessariamente a família consanguínea.

Seja ela de qualquer tipo, a família de um alcoólatra tende a desenvolver duas atitudes mais relevantes: vê-lo como uma “vergonha”, tentando esconder o problema, ou compreendê-lo como uma pessoa doente e tentar ajudá-lo. Todos os membros de uma família de alcoólatra deveriam se encontrar no terreno comum da tolerância, do amor, e da compreensão. Isto envolve um processo de esvaziamento.

É provável que o alcoólico, sua mulher (ou marido), seus filhos, seus sogros, tenham, cada um, ideias fixas quanto à atitude familiar em relação a si mesmo. Cada uma dessas pessoas está interessada em ter seus desejos respeitados. Descobrimos que, quanto mais um membro da família pede aos outros que lhe façam concessões, mais estes ficam ressentidos. Isto leva à desarmonia e à infelicidade. E por quê? Não será porque todos desejam assumir o comando? Não estarão todos tentando organizar o espetáculo familiar à sua moda? Não estarão, inconscientemente, tentando descobrir o que podem tirar da família, em vez de dar?

O fato é que anos de convivência com um alcoólico provavelmente transformam qualquer esposa ou esposo ou filho numa pessoa neurótica.

Não há família capaz de conviver com um dependente na ativa sem enlouquecer. Impotente, desesperada, ela não sabe mais o que fazer. Ora perde as estribeiras e reage com grande impaciência e agressão, ora se sente culpada e, complacente, corre atrás para desfazer as loucuras financeiras, profissionais e pessoas do bêbado. (...) O dependente, por sua vez, ora se sentirá vítima da família e desamparado, ora se sentirá de costas quentes, vivendo uma perigosa impunidade que só estimula a irresponsabilidade. A família, sem o saber, torna-se assim o fator de agravamento da compulsão. Se o bêbado (...) enlouquece a família, a família o enlouquece também. (MASCARENHAS, 1990, p. 156)

Diversos estudiosos têm o mesmo parecer: o de que o alcoolismo “é uma doença de família”, pois embora a doença alcoólica seja um mal individual, ela ao mesmo tempo em que atinge o alcoólatra, também afeta profundamente seus familiares, e também seu local de trabalho e a comunidade onde está inserido. Assim, as relações afetivas vão sendo deterioradas, os bons sentimentos vão sendo transformados em maus. SANTOS (2009) diz que são sete tipos de procedimentos habituais desenvolvidos pelas famílias de alcoolistas:

1. Família protetora 24 horas. Como exemplo desse tipo de família, podem-se citar aquelas que sempre estão dando desculpas, escondendo as irresponsabilidades do alcoólatra, justificando-as sempre. Nesses casos a situação do alcoólatra fica bastante cômoda por saber que sempre estará amparado e protegido pelos familiares quando comete transgressões.
2. Família controladora 24 horas. Este tipo de família é aquela que quer controlar ostensivamente os hábitos do dependente. “O ato de fiscalizar gera ansiedade e nervosismo nos familiares e, conseqüentemente, há uma concentração de foco numa única tarefa, não havendo tempo para fazer outras coisas”.
3. Família que perde o controle: Os familiares se tornam tão preocupados em controlar o ato de beber do dependente ou evitar recaída que chegam a abandonar suas próprias vidas (lazer, trabalho, estudos). O beber de forma indireta passa a dominar os pensamentos e ações dos familiares. Lembre-se de que esta preocupação tem que ser do dependente e não sua. Por mais que ele esteja despreocupado, você apenas irá lembrá-lo e ajudá-lo e não atuar por ele.
4. Família que aguenta calada as agressões. Infelizmente ocorrem casos de espancamento e atos de violência com alguns familiares, principalmente esposas e filhos. Quando restam os sinais de agressão é comum filhos deixarem de ir à escola ou esposas evitarem sair de casa por vergonha. Indiretamente essas atitudes omitem os atos violentos dos alcoólatras. Entendemos que alcoolismo é doença, porém, violência é crime, então não se esconda e procure ajuda em delegacias e SOS Criança.
5. Família apática. A apatia não ajuda em nada. O familiar apático tenta se esconder em seu mundo e não se confronta com o ato de beber e suas conseqüências.
6. Família acusadora. Este tipo de família é aquele que acredita que o alcoólatra é o problema da família, tornando responsabilidade do dependente todas às ações dos outros membros da família. Isto intensifica o rebaixamento da autoestima do

dependente que se sente o pior dos piores, sem saída para mudança sobre seu autoconceito.

7. Família símbolo de perfeição. Trata-se daquela família que tenta chamar a atenção do alcoólatra através de seu comportamento exemplar, comparando-se a este a todo o momento. Também é comum a comparação entre irmãos ou cônjuges. Tal atitude contribui para que o dependente se sinta pequeno, sem valor.

Até hoje existem familiares que, em vez de ajudar na recuperação dos dependentes alcoólatras, acabam atrapalhando e tornando a situação muito mais grave. Para esses tipos de famílias, (e de qualquer outra família de dependentes alcoólicos) recomenda-se a frequência aos grupos anônimos de apoio denominados, constituídos por amigos e familiares de dependentes alcoólicos, que funcionam à imagem e semelhança dos grupos anônimos seguindo as mesmas regras de funcionamento e os mesmos princípios.

Ao invés de “evitar o primeiro gole” (como se faz no AA) seu lema é “evitar a primeira briga”. Agressividade só gera agressividade. É essencial quebrar esse círculo vicioso que gera tanto desentendimento, que cava abismo entre as pessoas, num progressivo afastamento. Nas reuniões desses grupos, os familiares aprendem tudo sobre dependência alcoólica e discutem com os membros mais experientes como conviver com o dependente e como auxiliá-lo com respeito e competência.

Assim, o familiar de um dependente alcoólico deve aprender, o mais rápido possível, que é preciso manter o pulso firme sem se irritar, e que ser apenas bondoso e solidário com um alcoolista de nada adianta. Isso será inútil tanto para eles próprios como para os dependentes do álcool.

E a ação do Psicólogo? Na formação específica de psicólogo clínico, muitas vezes nem mesmo o mais dedicado psicoterapeuta consegue desvendar o enigma do vício, porque a razão de qualquer vício, não está na superfície, não é visível. Os casos em que se encontra a vitória sobre a adição são heroicos; inspiram respeito e admiração; o desejo de sobrevivência, de significado, respeito e reconstrução, muitas vezes vencem. Quando isto acontece, uma pessoa que com alguma ajuda conseguiu sair dessa prisão - “alcoolismo” -, a satisfação profissional a alegria é indescritível não há como mensurar. Acreditamos que se “uns” conseguiram vencer, é sinal que outros podem seguir os mesmos passos e conquistar sua própria liberdade.

Atualmente, o álcool é uma das poucas substâncias psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela mídia, havendo ampla aceitação social, tornando-se uma epidemia mundial de difícil controle. A Classificação Internacional dos Transtornos

Mentais e Comportamentais define a Síndrome de Dependência a substâncias ou álcool da seguinte forma:

- Uso: O uso simples de forma controlada e esporádica, relacionado à ingestão de álcool, não resulta em problemática;
- Abuso: abuso de álcool é um termo geral usado para qualquer nível de risco;
- Tolerância: a tolerância é a necessidade de doses maiores de álcool para a manutenção do efeito desejado;
- Dependência: a dependência será quanto mais intensa for o grau de tolerância ao álcool.
- Abstinência: síndrome de abstinência é o esforço sem sucesso para atenuar ou controlar o uso da substância e que resulta em vários sofrimentos para o dependente.

As recomendações dizem respeito à regulamentação mais eficiente das propagandas de bebidas alcoólicas, a fiscalização eficaz do cumprimento da Lei Federal 9.294/6. Ações intensivas e permanentes com campanhas educativas incluindo em currículos escolares discussões que levem a reflexão sobre os problemas físicos e emocionais acarretado pelo uso do álcool. Trabalho permanente com familiares e comunidades em geral, com informações sobre o uso e abuso da bebida alcoólica. Assim como palestras aos próprios profissionais da saúde que desconhecem o alcoolismo como doença.

Campanhas de conscientização a órgãos governamentais vinculados a saúde sobre o esclarecimento que o alcoolismo é uma doença e divulgação em toda mídia nacional sobre a problemática do alcoolismo e divulgação da existência de grupos de Alcoólicos Anônimos. Embora o alcoolismo seja uma doença tratável, ainda não há cura. Isto significa que mesmo que um dependente de álcool esteja sóbrio por muito tempo e tenha sua saúde de volta, ele ainda está suscetível a recaídas.

12.7. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

12.7.1. COMO ABORDAR E AVALIAR

O consumo de tabaco geralmente começa na adolescência. Quanto mais precoce o início, maiores serão a gravidade da dependência e os problemas a ela associados. A expectativa de vida de um indivíduo que fuma muito é 25% menor que a de um não fumante. Entre as 25 doenças relacionadas ao hábito de fumar, todas são causas de morte: doenças cardiovasculares (43%); câncer (36%); doenças respiratórias (20%) e outras (1%). Assim,

todos os indivíduos que chegam aos serviços de saúde devem ser questionados quanto ao hábito de fumar.

Os pacientes mais graves deverão receber mais recursos para auxiliar o tratamento (reposição de nicotina, grupos, etc.), principalmente em relação à síndrome de abstinência. Recomenda-se a utilização da CID-10 para o diagnóstico da síndrome de dependência de nicotina. Os critérios do mesmo manual podem ser utilizados para o diagnóstico da síndrome de abstinência da nicotina.

12.7.2. TRATAMENTO

A escolha do melhor tratamento depende de uma boa avaliação inicial. Tanto os fatores extrínsecos do modelo disponível, das condições socioeconômicas, quanto os intrínsecos, da motivação do paciente e do diagnóstico, devem ser levados em consideração.

O tratamento pode ser definido a partir do consumo de cigarros e dos problemas associados, levando-se em consideração a disponibilidade de intervir de cada local. Os métodos de tratamento de primeira linha são a terapia de reposição de nicotina e a terapia comportamental breve em grupo, disponíveis nos centros de saúde que dispõem de profissionais capacitados para tal. Os grupos de autoajuda e outros medicamentos são considerados de segunda linha e podem ser coadjuvantes efetivos. A associação de mais de um recurso melhora a efetividade do tratamento.

12.7.3. MANEJO PSICOSSOCIAL

Nos serviços de atendimento primário, um aconselhamento mínimo pode ser aplicado com dois objetivos: orientar aqueles que desejem parar de fumar ou motivar aqueles que não quiserem largar o cigarro. As sessões de aconselhamento podem ser mínimas (3 minutos); de baixa intensidade (de 3 a 10 minutos) e intensivas (de 10 a 30 minutos). Caso o fumante não esteja interessado em interromper o uso, estratégias motivacionais devem ser implantadas. A estratégia de “Prós e Contras” é um dos exemplos.

12.7.4. ABORDAGEM DO *CRAVING* OU FISSURA

A maioria dos fumantes em tratamento recai em poucos dias. A abordagem de um dos sintomas mais proeminentes da síndrome de abstinência, o *craving* ou “fissura”, deve ser cuidadosamente considerado, já que este é o maior obstáculo para parar de fumar.

12.7.5. MANEJO FARMACOLÓGICO

12.7.5.1. TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO DA NICOTINA

Ela tem como objetivo aliviar os sintomas da síndrome de abstinência da substância. Qualquer profissional de saúde treinado pode aplicar a terapia de reposição ou substituição com nicotina para os pacientes que consomem mais de 10 cigarros/dia e que estão vinculados aos grupos de tabagismo. Ela é considerada um método seguro no tratamento da dependência de nicotina, o mais popular e o menos dispendioso. No Brasil estão disponíveis apenas o adesivo de nicotina e a goma de mascar. O adesivo de nicotina é o mais indicado por ter menos efeitos colaterais. A dose inicial preconizada é de 14mg de nicotina por dia. Para fumantes pesados, 25 cigarros ou mais por dia, a dose inicial pode ser maior.

No Brasil estão disponíveis adesivos com 7, 14, 21mg de nicotina ativa. Os adesivos devem ser trocados diariamente. A utilização é feita por um prazo médio de oito semanas. A redução da dose é progressiva e pode durar até um ano.

A goma de mascar encontrada no Brasil contém 2mg de nicotina ativa por unidade. A média de consumo é de 10 gomas por dia, podendo chegar até 20. Pode produzir irritação da língua e da cavidade oral. Tais efeitos colaterais, no entanto, são menos prejudiciais, se comparados ao custo decorrente do consumo diário de um maço de cigarros.

Apesar da terapia de substituição da nicotina ser considerada muito mais segura do que fumar, há algumas contraindicações a sua aplicação que precisam ser observadas.

Este método não deve ser indicado para grávidas, para menores de 18 anos e para aqueles pacientes portadores de doenças cardiovasculares instáveis como infarto do miocárdio recente, anginas instáveis ou determinadas arritmias. A terapia de substituição da nicotina deve ser acompanhada de aconselhamento. Não há necessidade que este seja intensivo.

12.7.5.2. FARMACOTERAPIA PARA REDUÇÃO DA FISSURA

A bupropiona está indicada para adultos que consomem 15 cigarros ou mais ao dia. Para fumantes com depressão, a indicação ainda é mais precisa. Comparada com placebo, apresentou um período de abstinência duas vezes maior e o ganho do peso menor. Inicia-se bupropiona duas semanas antes da cessação, conforme avaliação de sua necessidade feita pelos profissionais capacitados pela SEMUSA, naqueles pacientes que estão inseridos nos grupos de tabagismo dos centros de saúde e do CAPSad. A dose inicial é de 150mg por dia até o terceiro dia, passando em seguida para 300mg. O tratamento pode ter duração de 7 a 12

semanas. A associação entre a terapia de reposição de nicotina e a bupropiona tem resultado em um aumento da efetividade na cessação do uso do tabaco quando comparada ao uso de bupropiona isoladamente.

A bupropiona possui algumas contraindicações absolutas (que implicam em risco de crises convulsivas), que devem ser sempre e cuidadosamente investigadas: episódios anteriores de crises convulsivas; traumatismo crânio-encefálico (TCE); retirada recente de álcool; bulimia ou anorexia nervosa; uso concomitante de Inibidores da IMAO; uso concomitante de compostos contendo bupropiona.

A associação entre psicoterapia e de farmacoterapia tem se mostrado a intervenção mais efetiva. A terapia comportamental e a reposição de nicotina aparecem como a associação mais indicada. Materiais didáticos de autoajuda, aconselhamento por telefone e estratégias motivacionais ajudam a melhorar a efetividade do tratamento.

12.8. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE MACONHA

12.8.1. COMPLICAÇÕES AGUDAS

A concentração de Delta-9-THC, nas diferentes apresentações da *Cannabis* varia de 1% a 15%, ou seja, de 2,5 a 150mg de THC1(D). Estima-se que a concentração mínima preconizada para a produção dos efeitos euforizantes seja de 1% ou um cigarro de 2 a 5mg. Os efeitos da intoxicação aparecem após alguns minutos do uso. Déficits motores (por exemplo, prejuízo da capacidade para dirigir automóveis) e cognitivos (por exemplo, perda de memória de curto prazo, com dificuldade para lembrar-se de eventos, que ocorreram imediatamente após o uso de *cannabis*) costumam acompanhar a intoxicação.

O consumo de maconha pode desencadear quadros temporários de natureza ansiosa, tais como reações de pânico, ou sintomas de natureza psicótica. Ambos habitualmente respondem bem a abordagens de reassentamento e normalmente não há necessidade de medicação. A maconha é capaz de piorar quadros de esquizofrenia, além de constituir um importante fator desencadeador da doença em indivíduos predispostos. Desse modo, pacientes esquizofrênicos usuários de maconha e seus familiares devem ser orientados acerca dos riscos envolvidos. O mesmo se aplica aos indivíduos com fatores de risco e antecedentes familiares para a doença.

12.8.2. COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

Ainda há pouco consenso a respeito das complicações crônicas do consumo de maconha. As investigações acerca da existência de sequelas ao funcionamento cognitivo e de dependência da maconha, como as descritas abaixo, têm merecido a atenção dos pesquisadores nos últimos anos.

12.8.3. FUNCIONAMENTO COGNITIVO

Há evidência de que o uso prolongado de maconha é capaz de causar prejuízos cognitivos relacionados à organização e integração de informações complexas, envolvendo vários mecanismos de processos de atenção e memória. Tais prejuízos podem aparecer após poucos anos de consumo. Processos de aprendizagem podem apresentar déficits após períodos mais breves de tempo. Prejuízos da atenção podem ser detectados a partir de fenômenos tais como aumento da vulnerabilidade à distração, afrouxamento das associações, intrusão de erros em testes de memória, incapacidade em rejeitar informações irrelevantes e piora da atenção seletiva.

Tais prejuízos parecem estar relacionados à duração, mas não à frequência do consumo de maconha, porém um estudo recente comparando ex-usuários pesados de maconha com usuários pesados e com usuários recreativos constatou que os déficits cognitivos, apesar de detectáveis após sete dias de consumo pesado, são reversíveis e relacionados ao consumo recente de maconha e não estão relacionados ao uso cumulativo ao longo da vida.

12.8.4. DIAGNÓSTICO

12.8.4.1. DEPENDÊNCIA

A dependência da maconha vem sendo diagnosticada há algum tempo, nos mesmos padrões das outras substâncias. O risco de dependência aumenta conforme a extensão do consumo. Apesar disso, alguns usuários diários não se tornam dependentes ou desejam parar o consumo. A maioria dos usuários não se torna dependente e uma minoria desenvolve uma síndrome de uso compulsivo semelhante à dependência de outras drogas.

Não é possível ainda determinar a natureza dos sintomas da abstinência da maconha: fissura, irritabilidade, nervosismo, inquietação, sintomas depressivos, insônia, redução do apetite, cefaleia. Apesar da existência de muitos efeitos nocivos da maconha permanecer inconclusivos, a recomendação é que os profissionais de saúde devam informar seus pacientes

usuários de maconha sobre os já comprovados efeitos nocivos (risco de acidente, danos respiratórios para usuários crônicos, risco de desenvolver dependência para usuários diários e déficit cognitivo para os usuários crônicos).

12.9. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS (*BDZ*)

Atualmente, os BDZs ainda possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades. Ao escolher um tratamento com BDZs, deve-se pensar também nas complicações potenciais, tais como: efeitos colaterais; risco de dependência e custos sociais.

Apesar de geralmente bem tolerados, os BDZs podem apresentar efeitos colaterais, principalmente nos primeiros dias. Desse modo, os pacientes devem ser orientados a não realizarem tarefas capazes de expô-los a acidentes, tais como conduzir automóveis ou operar máquinas. Efeitos colaterais:

- Sonolência excessiva diurna (“ressaca”);
- Piora da coordenação motora fina;
- Piora da memória (amnésia anterógrada);
- Tontura, zumbidos;
- Quedas e fraturas;
- Reação paradoxal: Consistem de excitação, agressividade e desinibição. Ocorre mais frequentemente em crianças, idosos e em deficientes mentais;
- “Anestesia emocional” – indiferença afetiva a eventos da vida;
- Idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo (reversível), quedas e risco de acidentes no trânsito;
- Risco de dependência 50% dos que usaram por mais de um ano chegaram a usar por 5 a 10 anos.

12.9.1. COMO ABORDAR E AVALIAR

Dos pacientes que usam benzodiazepínicos por mais de 12 meses, 50% evoluem com síndrome de abstinência. Os sintomas começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a parada de benzodiazepínico de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a parada de benzodiazepínico de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose.

Abstinência refere-se à emergência de novos sintomas seguintes à descontinuação ou redução dos benzodiazepínicos. Ela deve ser diferenciada dos sintomas de rebote, que se caracterizam pelo retorno dos sintomas originais para os quais o benzodiazepínico foi prescrito, numa intensidade significativamente maior. Ocorrem dentro de poucos dias após a retirada dos benzodiazepínicos e permanecem por vários dias.

Numa pequena minoria pode ocorrer o que se chama de síndrome de abstinência protraída ou pós-abstinência. Os sintomas são similares aos da retirada dos benzodiazepínicos, porém em menor número e intensidade, podendo durar alguns meses. A retirada gradual e um acompanhamento psicológico mais frequente e prolongado colaboram no alívio destes sintomas.

12.9.2. MANEJO PSICOSSOCIAL

Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da dose, incluindo informações sobre os benzodiazepínicos, reassuramento, promoção de medidas não farmacológicas para lidar com a ansiedade.

12.9.3. MANUTENÇÃO SEM BENZODIAZEPÍNICOS

Nesta fase, o paciente deve receber reassuramento da capacidade de lidar com estresse sem os benzodiazepínicos, bem como ênfase na melhora da qualidade de vida. Deve-se oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para sobrepujar a ansiedade e tratamento de estados depressivos subjacentes. Ajudá-lo a distinguir entre os sintomas de ansiedade e abstinência.

12.9.4. TRATAMENTO

Não se justifica o uso de benzodiazepínicos por longos períodos, exceto em situações especiais. Apesar do desconforto inicial, devido à presença da síndrome de abstinência, pacientes que conseguem ficar livres de benzodiazepínicos por pelo menos cinco semanas apresentam redução nas medidas de ansiedade e melhora na qualidade de vida. O paciente não precisa preencher todos os critérios da síndrome de dependência para começar a retirada, uma vez que o quadro típico de dependência química – com marcada tolerância, escalonamento de doses e comportamento de busca pronunciado – não ocorre na maioria dos usuários de

benzodiazepínicos, a não ser naqueles que usam altas dosagens. É importante salientar que mesmo doses terapêuticas podem levar à dependência.

12.9.5. A RETIRADA DOS BENZODIAZEPÍNICOS

A melhor técnica e a mais amplamente reconhecida como a mais efetiva é a retirada gradual da medicação, sendo recomendada mesmo para pacientes que usam doses terapêuticas. Além das vantagens relacionadas ao menor índice de sintomas e maior possibilidade de sucesso, essa técnica é facilmente exequível e de baixo custo. Alguns médicos preferem reduzir um quarto da dose por semana. Já outros negociam com o paciente um prazo. Este gira em torno de 6 a 8 semanas, mas pode durar até mais de 10 semanas. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subsequentes de redução.

12.9.6. SUBSTITUIÇÃO POR BENZODIAZEPÍNICOS DE MEIA-VIDA LONGA

Pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem se beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como o diazepam. Comparado a outros benzodiazepínicos e barbitúricos, o diazepam mostrou ser a droga de escolha para tratar pacientes com dependência, por ser rapidamente absorvido e por ter um metabólito de longa duração, o que o torna a droga ideal para o esquema de redução gradual, pois apresenta uma redução mais suave nos níveis sanguíneos.

12.10. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SOLVENTES

No Brasil, os solventes estão entre as drogas mais usadas por estudantes de escolas públicas e entre adolescentes de baixa renda. Trabalhadores da indústria podem apresentar problemas agudos e crônicos decorrentes da exposição à ação de solventes. Diversos usuários crônicos apresentam quadros neurológicos graves.

12.10.1. COMPLICAÇÕES AGUDAS

Doses iniciais trazem ao usuário uma sensação de euforia e desinibição, associada a tinidos e zumbidos, ataxia, risos imotivados e fala pastosa. Com o prosseguimento do uso, surgem manifestações congruentes com a depressão do SNC: confusão mental, desorientação e possíveis alucinações visuais e auditivas. A terceira etapa acentua a depressão central, com redução do estado de alerta, falta de coordenação motora e piora das alucinações. A intoxicação pode atingir níveis ainda mais profundos de depressão, com estado de inconsciência, convulsões, coma e morte. Os solventes são depressores cardíacos e respiratórios. Arritmias decorrentes do uso agudo já foram relatadas. Traumas relacionados à falta de coordenação e distração, decorrentes da intoxicação, são maiores nessa população.

Intoxicações graves, com depressão respiratória, coma, arritmias cardíacas e convulsões são emergências médicas e devem receber tratamento imediato. Intoxicações menos graves devem receber intervenções de suporte como manutenção dos sinais vitais, controle da agitação até controle do quadro.

12.10.2. COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

Atrofias corticais e cerebelares são possíveis em usuários crônicos, produzindo sintomas de empobrecimento cognitivo, sintomas relacionados aos nervos cranianos e ataxia. Pode haver ainda neuropatias, insuficiência renal crônica, hepatite tóxica, náuseas, vômitos, dores abdominais difusas, diarreia, tosse e broncoespasmos. A abstinência é o melhor a ser feito nestes casos. O tratamento de cada uma das complicações deve ser prescrito de acordo com diretrizes específicas.

12.11. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA

12.11.1. COMO ABORDAR E AVALIAR EM MANIFESTAÇÕES AGUDAS

A cocaína possui múltiplas ações periféricas e centrais: é um potente anestésico local com propriedades vasoconstrictoras e também um estimulante do SNC. Os efeitos agudos produzem um quadro de euforia, com sintomas físicos de natureza autonômica. As complicações relacionadas ao consumo de cocaína, capazes de levar o indivíduo à atenção médica são habitualmente agudas. A via de administração escolhida pode ocasionar complicações específicas.

Dentre as vias de administração, chama atenção, em particular, a questão do crack, principalmente no segmento de jovens em vulnerabilidade social. Segundo o Cebrid, na prevalência de uso de derivados da cocaína entre meninos e meninas de rua, o consumo de crack responde por 5,5% de uso no mês.

O crack é a cocaína utilizada sob a forma de uma base pouco solúvel em água, mas que se volatiliza quando aquecida e, portanto, é fumada em “cachimbo”, sendo administrada pela via pulmonar. Assim que o crack é fumado, alcança o pulmão, que é um órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície, levando a uma absorção instantânea. Através do pulmão, a substância cai quase imediatamente na circulação cerebral, chegando rapidamente ao cérebro. Com isto, aparecem os efeitos da cocaína muito mais rápido do que nas vias nasal ou endovenosa. Em 10 a 15 segundos os primeiros efeitos já ocorrem.

Essa característica faz do crack uma droga “poderosa” do ponto de vista do usuário, já que o prazer acontece quase que instantaneamente. Porém, a duração dos efeitos do crack é muito rápida. Em média duram em torno de 5 minutos; essa pouca duração dos efeitos faz com que o usuário volte a utilizar a droga com mais frequência que as outras vias (praticamente de 5 em 5 minutos) levando-o à dependência muito mais rapidamente que os usuários da cocaína por outras vias.

Logo após a administração, o usuário sente uma sensação de grande prazer, intensa euforia e poder. Além disso, o crack provoca um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço, falta de apetite. Após o uso intenso e repetitivo, o usuário experimenta sensações muito desagradáveis como cansaço e intensa depressão.

A tendência do usuário é aumentar a dose na tentativa de sentir efeitos mais intensos. Porém, essas quantidades maiores acabam por levá-lo a comportamento violento, irritabilidade, tremores e atitudes bizarras devido ao aparecimento de paranoia. Esse efeito acaba levando os usuários a situações extremas de agressividade. Eventualmente podem ter alucinações e delírios. A esse conjunto de sintomas dá-se o nome de “psicose de cocaína”.

Frente a essas complicações, é importante que o clínico inclua o consumo de cocaína entre os diagnósticos a serem descartados, além do padrão de uso nocivo de várias substâncias (em especial o álcool) realizado por esses indivíduos. As complicações psiquiátricas são as que mais levam os usuários de cocaína à atenção médica. Quadro agudo de pânico, os transtornos depressivos e os psicóticos agudos são os mais relatados.

12.11.2. MANEJO EM INTOXICAÇÃO AGUDA

Não há um consenso sobre qual é a dose de cocaína necessária para desencadear problemas sérios à saúde, ou mesmo à vida do usuário. Além da toxicidade inerente à substância, a presença concomitante de patologias nos órgãos mais afetados pela ação simpatomimética da cocaína torna seus portadores ainda mais susceptíveis às complicações (hipertensão arterial sistêmica, aneurismas, epilepsias e DPOC).

12.11.3. OVERDOSE

A overdose de cocaína é uma emergência médica e por isso requer atenção imediata.

12.11.4. SISTEMA CARDIOVASCULAR

As complicações cardiovasculares são as mais frequentes entre as não psiquiátricas. Angina é a queixa mais frequente e responde por cerca de 10% dos casos de angina admitidos para tratamento. Já os casos de infarto agudo do miocárdio são pouco prevalentes, mas são frequentes falsos positivos em exames laboratoriais e eletrocardiográficos. Vale lembrar a contraindicação aos betabloqueadores nestes casos, por reduzirem o fluxo sanguíneo e aumentarem a resistência coronariana.

12.11.5. SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Cerca de um terço dos acidentes vasculares cerebrais em adultos jovens está associado ao consumo de drogas. Entre os indivíduos de 20 a 30 anos esse índice chega a 90%. A cocaína é a substância ilícita mais associada a problemas cerebrovasculares. Desse modo, é fundamental descartar consumo de drogas entre esses indivíduos. As convulsões atingem uma pequena parte dos usuários de cocaína que procuram as salas de emergência, apesar de ser a complicação neurológica mais comum. A tomografia e o eletroencefalograma são habitualmente normais. Episódios isolados são considerados benignos e não requerem farmacoterapia de manutenção.

12.11.6. COMPLICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS AGUDAS

As complicações psiquiátricas são o principal motivo de busca por atenção médica entre os usuários de cocaína. Elas podem decorrer tanto de episódios de intoxicação aguda

quanto da síndrome de abstinência da substância. Além de ser responsável pelo aparecimento de uma série de transtornos psiquiátricos agudos e crônicos. Os principais sinais e sintomas psiquiátricos agudos entre usuários de cocaína são: disforia (irritação), ansiedade, agitação, heteroagressividade, sintomas paranoides e alucinações.

Mesmo quando os sintomas psíquicos sobressaem, há sempre a possibilidade de estarem relacionados às alterações clínicas, tais como hipoglicemia e distúrbios metabólicos, quadros confusionais desencadeados por infecções. Desse modo, uma avaliação clínica inicial completa é sempre desejável e prioritária.

12.11.7. COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

A dependência é a principal complicação crônica relacionada ao consumo de cocaína. Até o momento, nenhum medicamento mostrou-se eficaz para proporcionar alívio aos sintomas de abstinência, tampouco para atuar sobre o comportamento de busca da substância.

12.11.8. SINTOMATOLOGIA DE NATUREZA ANSIOSA

Quadros de inquietação de natureza ansiosa responde bem à administração de benzodiazepínico por via oral. Um comprimido de diazepam 10mg pode ser eficaz.

12.11.9. SINTOMATOLOGIA DE NATUREZA PSICÓTICA

A presença de sintomas psicóticos (delírios paranoides, alucinações) pode desaparecer espontaneamente após algumas horas (ao final da ação da cocaína). Agitações extremas, decorrentes destes sintomas, podem necessitar de sedação. O haloperidol 5mg pode ser utilizado nessas ocasiões. Neurolépticos fenotiazínicos, tais como a clorpromazina, deve ser evitado, pela redução significativa que provoca no limiar de convulsão.

12.11.10. PARTICULARIDADES NA GRAVIDEZ

O consumo de cocaína durante a gravidez está associado a complicações tais como: baixo peso no nascimento, abortos espontâneos e déficits cognitivos ao recém-nascido. Não há evidência de uma síndrome teratogênica. Apesar de não haver números confiáveis sobre o uso de cocaína entre grávidas, há evidências que elas têm tendência à não relatarem seu

consumo de drogas, em especial álcool, tabaco e cocaína. Isso torna ainda mais importante uma investigação sobre o assunto, de modo empático, direto e detalhado.

12.12. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ANFETAMINAS

Atualmente, existem indicações para do uso de anfetaminas para tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, da narcolepsia e da obesidade com restrições. Entretanto, nos últimos 20 anos, anfetaminas modificadas têm sido sintetizadas em laboratórios clandestinos para serem utilizadas com fins não médicos. A mais conhecida e utilizada no Brasil é a 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), o ecstasy.

12.12.1. COMO ABORDAR E AVALIAR

As anfetaminas são estimulantes do SNC, capazes de gerar quadros de euforia, provocar a vigília, atuar como anorexígenos e aumentar a atividade autonômica dos indivíduos. Algumas anfetaminas, como o ecstasy têm efeitos alucinógenos.

12.12.2. COMPLICAÇÕES AGUDAS

Quadros ansiosos agudos, com sintomas de inquietação, pode aparecer na intoxicação aguda ou overdose. Irritabilidade, tremor, ansiedade, labilidade do humor, cefaleia, calafrios, vômitos, sudorese e verborragia podem acompanhar este estado, que necessitará de farmacoterapia. Benzodiazepínicos podem ser prescritos em doses usuais.

O ecstasy (MDMA) é habitualmente consumido em tabletes ou cápsulas. Produz um quadro de euforia e bem-estar, sensação de intimidade e proximidade com os outros. Outros efeitos são a anorexia, taquicardia, tensão maxilar, bruxismo e sudorese. A duração dos efeitos é de 4 a 6 horas e o desenvolvimento de tolerância rápida impede o uso compulsivo e aditivo. Crises hipertensivas, arritmias cardíacas, hepatites tóxicas, convulsões e morte já foram relatadas.

Sintomas ansiosos e psicóticos agudos e crônicos (em indivíduos predispostos) podem aparecer. A síndrome de abstinência chega a atingir 87% dos usuários de anfetamina. Sintomas depressivos e exaustão podem suceder períodos prolongados de uso ou abuso.

Pessoas que desejam melhorar seu desempenho social utilizam anfetaminas cronicamente em baixas doses (20-40mg/dia) e de modo socialmente imperceptível. Tais indivíduos expõem-se a esforços e atividades desnecessárias, resultando em fadiga excessiva.

Sua crítica sobre a relação entre a fadiga e ao uso prolongado de anfetaminas é prejudicada. A tentativa de abandonar ou diminuir o uso resulta em depressão e letargia. O uso crônico torna-o distante da realidade, irritado, paranoide e impulsivo, descuidado com a aparência e seus compromissos. Pode haver suicídio decorrente da impulsividade do uso ou da depressão nos períodos de exaustão.

Sintomas psicóticos como sintomas de primeira ordem podem ocorrer em qualquer modo de uso. Normalmente, os acometidos são usuários crônicos, que utilizam anfetaminas em grande quantidade. As principais características são a presença de delírios persecutórios e autorreferentes e de alucinações auditivas e visuais. Quanto às complicações clínicas, o uso crônico leva a estados de desnutrição e a complicações como infarto agudo do miocárdio, cegueira cortical transitória, cardiopatias irreversíveis, vaso espasmos sistêmicos e edema agudo de pulmão.

12.12.3. DEPENDÊNCIA

As anfetaminas são capazes de causar dependência, porém boa parte dos indivíduos não procura auxílio especializado. Além disso, não há abordagens específicas e baseadas em evidências para esses pacientes, no entanto, considerar o consumo de anfetamina entre indivíduos que apresentam quadros sugestivos de complicação da substância (em busca do diagnóstico precoce), bem como motivá-los para buscar tratamento especializado no CAPSad, melhora o prognóstico destes.

12.12.4. MANEJO FARMACOLÓGICO

O tratamento medicamentoso para a remissão dos sintomas de abstinência das anfetaminas não tem se mostrado promissor. As condutas medicamentosas seguem critérios adotados pela clínica individual, quando os pacientes são tratados com suporte, mantendo as condições vitais adequadas. Benzodiazepínicos de ação curta podem ser utilizados, tais como o lorazepam. Sintomas psicóticos agudos e crônicos e ansiosos podem ser tratados com neurolepticos e benzodiazepínicos.

12.13. FLUXO DE ATENÇÃO

Recomenda-se que todo profissional de saúde investigue o uso de álcool e drogas nas pessoas atendidas, com atenção especial aos adolescentes.

- A avaliação inicial deve ser feita preferencialmente pela equipe de Saúde da Família (SF) nos Centros de Saúde (CS), constituindo-se, portanto a porta de entrada do município na rede de atenção à saúde do usuário de álcool e outras drogas. A equipe de SF pode contar com o suporte das equipes do NASF do correspondente distrito sanitário.
- Integrantes da equipe do CAPSad reúnem-se, com frequência mensal, com as equipes de Saúde Mental do NASF junto com o CAPS II e CAPS infantil para avaliarem, em conjunto, os encaminhamentos necessários para as pessoas com transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas (TUSP), articulando assim um fluxo mais eficiente entre os diversos níveis de atenção;
- Quando a equipe de SF e/ou NASF constatar a necessidade de intervenções especializadas (por exemplo: ineficácia do tratamento ambulatorial incluindo tentativa de internação domiciliar com suporte da ESF/NASF, alto risco de auto ou heteroagressão, pessoas com dependência química grave, síndrome de abstinência alcoólica grave, comorbidade psiquiátricas graves, etc.), para o CAPSad orientando que crianças e adolescentes devem comparecer ao CAPSad acompanhadas de um familiar e/ou responsável legal;
- Quando for necessária internação hospitalar ou em comunidade terapêutica (ineficácia do tratamento ambulatorial incluindo tentativa de internação domiciliar com suporte da ESF/NASF e/ou CAPSad na modalidade intensiva, alto risco de autoagressão/suicídio), o CAPSad fará a avaliação da indicação de tal procedimento, individualizando as opções de tratamento junto ao paciente e familiares.

Com a expansão da rede de CAPS, ambulatoriais e hospitais gerais, vai se configurando um novo desenho na articulação do SUS (especialmente no âmbito local) com as comunidades terapêuticas (MS, 2006).

- Em situações de emergências e urgências médicas (tais como convulsões, coma, traumatismos graves, etc.), acionar o SAMU (telefone: 192);
- Havendo necessidade de encaminhamentos sociais, entrar em contato com a coordenação dos CRAS/ CREAS para identificar a unidade mais próxima da residência da pessoa e/ou familiares;
- CAPSad é um serviço especializado em saúde mental que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas em diferentes níveis de cuidado: intensivo (diariamente), semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e não intensivo (até três vezes por mês). É um serviço ambulatorial territorializado que integra uma rede de atenção em substituição à “internação psiquiátrica” (quando possível), e que tem como princípio a reinserção social. Realiza ações de assistência (medicação, psicoterapias em grupo, oficinas terapêuticas, atenção familiar e social), de prevenção e capacitação de profissionais para lidar com os dependentes;
- De forma a proporcionar uma atenção adequada, a maior parte do atendimento

no CAPSad é agendado e a admissão de novas pessoas se dá preferencialmente na forma de encaminhamento;

- Situações de urgência e a demanda espontânea são atendidas pela equipe de acolhimento do CAPSad. As pessoas que não apresentarem gravidade suficiente para permanecerem em atendimento no CAPSad, junto à sua comunidade. Para as pessoas dependentes de álcool que desejam desintoxicação, será oferecida avaliação psiquiátrica preferencialmente no mesmo dia que procurou ou foi encaminhado ao nosso serviço, para avaliar a gravidade da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) e instituição da terapêutica adequada. Nas demais situações será explicado o funcionamento do CAPSad e oferecido agendamento de uma avaliação inicial para estabelecimento do plano terapêutico individualizado, mas a pessoa já será convidada a participar dos grupos abertos enquanto aguarda a data da consulta agendada;
- As pessoas em acompanhamento psiquiátrico no CAPSad sem necessidade de acompanhamento intensivo ou semi-intensivo, serão encaminhadas para acompanhamento psiquiátrico nas equipes regionais de saúde mental, sem prejuízo dos demais atendimentos ainda necessários no CAPSad;
- As pessoas em acompanhamento no CAPSad que tiverem indicação de seguimento psicológico não focado na questão do abuso ou dependência de substâncias, serão encaminhadas para a equipe de saúde mental, sem prejuízo dos demais atendimentos ainda necessários no CAPSad;
- Comorbidades Psiquiátricas: é a ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais ou com outras condições clínicas gerais. Investigar a presença de comorbidade entre os usuários de álcool e drogas é importante sobre vários aspectos, entre eles a busca de tratamento: indivíduos com comorbidades têm uma tendência maior a procurar por tratamento médico. Por fim, a melhora do transtorno psiquiátrico associado pode ser benéfica para a evolução do quadro de dependência estabelecido.
- Suporte Social: é fundamental para a melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas. Uma investigação completa deve abordar a situação do indivíduo no emprego e na família, a estabilidade do núcleo familiar e a disponibilidade desta para cooperar no tratamento do paciente. Caso não haja tal apoio, uma rede de suporte social deverá ser organizada. O serviço social é o mais indicado para realizar essa tarefa.

13. ATENÇÃO EM EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

13.1. AVALIAÇÃO INICIAL

Na avaliação inicial, o profissional envolvido no atendimento deve se sentir seguro para uma primeira aproximação. Atenção aos próprios sentimentos deve nortear a escolha das primeiras medidas. Em caso de uma tentativa de abordagem verbal, o atendimento deve se dar em sala ampla para permitir livre movimentação do paciente, e com fácil acesso à porta para ambos, médico e paciente. A qualquer momento que o potencial para agressão for suspeitado, mesmo se a consulta já foi iniciada, o médico deve avaliar a possibilidade de interrompê-la para chamar alguém que acompanhe a consulta.

A sala de atendimento não deve conter moveis ou objetos que possam ser usados como armas em caso de agressão. O grau de privacidade será determinado pelo médico, que poderá atender a sós em sala fechada, na presença de familiares ou auxiliares de segurança ao lado da porta aberta ou com esses dentro da sala durante a entrevista.

A prioridade de se tomar medidas para controlar a situação pode limitar a possibilidade de um diagnóstico psiquiátrico completo num primeiro momento. Deve-se realizar um diagnóstico diferencial preliminar entre transtornos mentais orgânicos e psicóticos, como objetivo de escolher uma primeira conduta com a maior segurança possível para o paciente. É importante obter o maior número de informações junto a todas as fontes disponíveis, familiares, conhecidos, acompanhantes ou policiais que trouxeram o paciente.

Perguntar sobre antecedentes de doença ou tratamento psiquiátrico, uso de drogas ou álcool, sinais de doença física e outras circunstâncias que precederam o aparecimento do quadro. Proceder ao exame do estado mental, exame físico e neurológico levando em conta que, desde o início, tal processo de avaliação pode necessitar de interrupção para contenção física ou mesmo medicamentosa do paciente para redução de riscos ou alívio de sintomas.

13.2. AGRESSIVIDADE E AGITAÇÃO PSICOMOTORA

O comportamento agressivo é determinado por múltiplas causas, em que interagem fatores, psiquiátricos, sociais e biológicos. Fatores de risco:

- Idade jovem (15 a 24 anos);
- Gênero masculino;
- Baixo nível sócio educacional;
- Maior taxa de hospitalização;
- Comorbidade com transtorno de personalidade antissocial;

- História de ato violento, assalto, prisões, vítima de violência na infância;
- Psicológicos: baixa tolerância às frustrações, baixa autoestima, baixa tolerância a relações próximas, tendência a mecanismos de dissociação e projeção.

13.3. AVALIAÇÃO DO PACIENTE POTENCIALMENTE AGRESSIVO

Fazer uma abordagem mais protegida e eficaz favorecendo o entendimento dos fatores determinantes, do aspecto patogênico, psicológico e situacional. Observar postura do paciente, inquietação, atitude tensa, volume de voz alto, aceleração, intolerância a abordagem indicam possibilidade de agitação psicomotora. Quadros que mais apresentam agressividade:

- Transtornos mentais orgânicos: são aqueles que apresentam alterações de consciência, orientação e outras funções cognitivas e humor. Podem apresentar alterações bruscas de comportamento. Em geral decorrentes de delirium, epilepsia, alterações de lobo frontal e temporal e intoxicação/abstinência de drogas;
- Quadros psicóticos agudos: os mais importantes são a esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar episódio de mania e transtorno delirante paranoide;
- Transtornos de personalidade: antissocial, paranoide, *borderline*.

13.4. TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS

1. Álcool e outras drogas:

- Intoxicação por álcool e outras drogas psicoativas como anfetaminas ou cocaína.
- Estados de abstinência por álcool e outras drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC) como opiáceos e barbitúricos.
- Reações paradoxais ao uso de benzodiazepínicos e barbitúricos, ou reação idiossincrásica ao uso de álcool (embriaguez patológica).

Nesses quadros, o diagnóstico pode ser suposto pela presença de alterações pupilares, alterações de marcha, sudorese e outros sinais de disfunção autonômica. Eles podem apresentar agitação, hipervigilância, ansiedade intensa, até comportamento muito violento (como na embriaguez patológica) e também estar presente rebaixamento de consciência e de delírio.

1. Doenças próprias do SNC e Doenças sistêmicas com repercussão no SNC:

- Trauma crânio encefálico (TCE), infecções, distúrbios cerebrovasculares, doença de Alzheimer, doença de Wilson, esclerose múltipla e outras.
- Nesse item, atenção para sinais físicos de trauma, febre, rebaixamento do nível de consciência, sinais localizadores e prejuízo cognitivo.
- Hipoglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos, uremia, infecções sistêmicas, lúpus

eritematoso sistêmico e outras.

- Confusão mental e sinais periféricos das doenças em questão como febre, lesões de pele e outros, são indicativos desse diagnóstico.

2. *Delirium* - Síndrome clínica caracterizada por:

- Distúrbio da consciência, com redução da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção.
- Distúrbio cognitivo ou desenvolvimento de uma perturbação que não bem explicada por demência preexistente, estabelecida ou em evolução.
- As alterações se desenvolvem ao longo de um curto período de tempo (horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer do dia.
- Existem evidências, a partir de história e exame físico; ou achados laboratoriais que as alterações são causadas por uma condição médica geral.

3. Síndrome neuroléptica maligna: Quadro raro, porém letal, idiossincrático, dose independente, associado mais ao uso de antipsicóticos de uma forma geral e principalmente com os incisivos, embora possa ocorrer com uso de antidepressivos tricíclicos, IMAO, carbamazepina (abstinência), lítio e anticolinérgicos (abstinência). Principais fatores de risco:

- Gênero masculino;
- Presença de transtorno mental orgânico ou transtorno do humor;
- Agitação;
- Desidratação;
- Temperatura ambiental alta;
- Uso de medicação injetável;
- Uso concomitante de antipsicótico e lítio.

13.5. QUADRO CLÍNICO

Hipertermia ou febre, rigidez muscular intensa e dois ou mais dos seguintes sintomas: sudorese, disfagia, tremor, incontinência, rebaixamento do nível de consciência, taquicardia, alteração da pressão arterial, leucocitose ou aumento da concentração da CPK.

13.6. TRATAMENTO

- Tratamento intensivo;
- Resfriamento do paciente;
- Suspensão de todos antipsicóticos, lítio e antidepressivos;
- Controle das funções renais, hepáticas e CPK.

13.7. TRATAMENTO PSICÓTICO

Ao se atender um indivíduo com sintomas psicóticos é extremamente importante realizar o diagnóstico diferencial do quadro, para que se possa tratar adequadamente:

- Doença Médica Geral: epilepsia do lobo temporal, tumor, AVC, transtornos metabólicos (porfirias), infecções, doença autoimune e quadros tóxicos.
- Substâncias de abuso: estimulante (anfetamina, cocaína), alucinógeno, anticolinérgicos, *delirium* por abstinência de álcool, *delirium* por abstinência de barbitúrico.
- Doença psiquiátrica: esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno psicóticos de humor, reação psicótica breve, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, transtorno psicótico induzido, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de personalidade, transtorno factício e simulação.

13.7.1. ESQUIZOFRENIA

- Na forma paranoide em episódios agudos, pode levar a comportamento agitado ou agressivo como reação à presença de um delírio persecutório autorreferente ou alucinações auditivas de comando.
- Na forma catatônica, pode apresentar episódio de agitação extrema e comportamento destrutivo (“furor catatônico”), após período de estupor catatônico que é característico dessa doença.
- Episódio esquizofrênico agudo (forma não definida) pode cursar com muita ansiedade, inquietação, desorganização do pensamento e alucinações auditivas e visuais. Algumas psicoses reativas, de etiologia predominantemente psicogênica, podem apresentar ansiedade intensa, desorganização do pensamento, alucinações múltiplas, delírios paranoides, agitação e irritabilidade, geralmente de início abrupto após um evento de vida estressante.

13.7.2. TRANSTORNO DE HUMOR

- Fase maníaca do transtorno afetivo bipolar - Cursando com hiperatividade motora, agitação e hipervigilância, exaltação, delírios de grandeza ou ainda irritabilidade intensa, agressividade não dirigida e desorganização global do comportamento.
- Alguns quadros de depressão psicótica apresentam ansiedade intensa, inquietação ou humor instável (disforia).

13.7.2.1. TRATAMENTO

Questões fundamentais devem preceder o início do tratamento:

- Avaliação do risco de suicídio, perguntando abertamente e quantificando;

- Exclusão da possibilidade do quadro psiquiátrico ser sintoma de outra doença ou de uso de medicamentos ou substâncias - neste caso, otimizar o tratamento da doença médica associada, reavaliar o paciente e tratar depressão se esta ainda estiver presente;
- Avaliação da história psiquiátrica prévia, suspeita de episódio maníaco/ hipomaníaco, inclusive na família (p. ex., euforia, gastos excessivos, irritabilidade intensa, ideias de grandeza).

13.7.2.1. TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

As metas do tratamento específico são:

- Engajar o paciente e a família, desde o início, numa relação de trabalho colaborativo, de confiança e de cuidado;
- Prevenir danos;
- Controlar distúrbios de comportamento;
- Suprimir sintomas;
- Determinar e dar atenção aos fatores que levaram à ocorrência do episódio agudo;
- Realizar um retorno rápido ao melhor nível de funcionamento prévio;
- Atenção especial à presença de ideação, intenção ou planejamento suicida e à presença de alucinações imperativas;
- Informar a família e ao paciente, considerando a capacidade deste de assimilar a informação, sobre a natureza e o manejo terapêutico da doença, inclusive sobre os benefícios e efeitos colaterais dos medicamentos.

O controle efetivo da agressão e da agressividade pode ser frequentemente alcançado por meio de abordagens comportamentais, do estabelecimento de limites e da escuta persuasiva:

- Conduzir a um ambiente de privacidade e segurança;
- Desde o início reafirmar que a equipe está apenas para cuidar;
- Deixar o paciente falar abertamente;
- Não são adequadas atitudes de comando, desafio, raiva ou agressividade;
- Afastar pessoas ou objetos que desencadeiam reações agressivas por parte do paciente;
- Contenção física deve ser usada exclusivamente quando houver necessidade de proteger o paciente, a equipe e outras pessoas presentes, permitindo a avaliação clínica. Faz-se necessária quando a abordagem verbal não for suficiente ou quando o paciente persiste em atitude agressiva e resistente ao tratamento.

Deve ser realizada pela equipe do serviço, previamente treinada, que realizará a contenção no leito de observação de forma que permita as avaliações clínicas, medidas de higiene, alimentação e medicação. Deve durar um tempo limitado (máximo de doze horas) e

exige reavaliações pelo menos de hora em hora. Quando se obtiver a tranquilidade deve-se suspender a contenção.

13.7.2.3. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

- A administração oral e preferível à injetável;
- Utilizar a menor dose eficaz, aumentando gradativamente;
- Prescrever benzodiazepínicos e antipsicóticos de acordo com os limites terapêuticos;
- No manejo inicial de agitação psicomotora do Transtorno Afetivo Bipolar, o uso em curto prazo de benzodiazepínicos pode ser considerado com o agente antimaníaco;
- Os antipsicóticos são as medicações de escolha no caso de pacientes com esquizofrenia (haloperidol 5mg);
- A sedação rápida não é mais uma estratégia recomendada nas diretrizes recentes (APA, 2004);
- A administração de midazolam (15mg) mostrou-se superior em termos de sedação (e, conseqüentemente, de redução de agitação) em relação à combinação de haloperidol (5mg) e prometazina (50mg), ambos via intramuscular.

13.7.3. MEDIDAS GERAIS: “ESPERA VIGILANTE” EM CASOS LEVES

- No caso dos Centros de Saúde, agendar retorno para 2-4 semanas e fazer busca ativa caso falte à consulta (muitos destes pacientes melhoram espontaneamente enquanto são observados);
- No caso dos serviços de emergência, avisar a unidade de referência sobre a existência do caso e encaminhamento.
- Aconselhamento em higiene do sono e manejo de ansiedade;
- Nos quadros de transtorno de humor, recomendar programa estruturado de exercícios, como caminhadas ou ginástica.

13.7.4. CONSIDERAR A POSSIBILIDADE DE INTERNAÇÃO QUANDO:

- Constituam risco para si ou para terceiros.
- Estejam severamente doentes e possuam uma fraca rede de apoio extra-hospitalar ou ainda demonstrem significativo prejuízo em sua crítica.
- Tenham complicações em suas condições clínicas ou psiquiátricas ou não estejam respondendo adequadamente ao tratamento ambulatorial.
- Quando o paciente é incapaz de se cuidar adequadamente: recusa alimentar, recusa fazer higiene necessária.
- Necessidade de constante supervisão e apoio que não pode ser oferecido pela família ou rede de apoio.
- Quando os efeitos colaterais do medicamento se tornam potencialmente fatais:

pseudoparkinsonismo grave e síndrome neuroléptica maligna.

- Quando a pessoa apresentar risco de suicídio, e os recursos da comunidade e da equipe de saúde mental tiverem sido esgotados.
- Quando a agressividade representar perigo para si ou para outros, esgotados o recurso extra-hospitalar.
- Quando a pessoa é incapaz de cuidar-se adequadamente (recusa alimentar, higiene precária) e esse comportamento implica em risco para a vida, uma vez esgotados os recursos disponíveis na atenção básica (ESF e NASF) e CAPS, mesmo com o envolvimento dos familiares e profissionais.

13.7.5. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE: ANTISSOCIAL, PARANOIDE E OUTROS:

- Transtornos de personalidade – Em geral, são episódios de comportamento disruptivo ou impulsivo (perda de controle) ou ainda violência dirigida (“*acting out*”) que se repetem na história do paciente. Com frequência, o paciente é trazido ao médico, após a ocorrência de um episódio, já calmo, para avaliação do estado mental. Os quadros mais frequentes são: transtorno explosivo intermitente, personalidade *borderline* e personalidade antissocial.
- Nem todo comportamento violento deve ser tomado como causado por um transtorno mental, devendo-se considerar a possibilidade de se tratar de um episódio de agressividade em um indivíduo sem alterações psicopatológicas.

13.7.6. TRANSTORNOS MENTAIS NÃO ORGÂNICOS E NÃO PSICÓTICOS

Nos quadros de urgência com sintomatologia ansiosa, devem-se investigar outras etiologias orgânicas na presença de sintomas atípicos como perda de consciência, alteração da marcha, liberação de esfíncteres, fala pastosa, cefaleia; mesmo quando o paciente preencha os demais critérios para transtornos ansiosos, o início após 45 anos de idade (pela epidemiologia, idade menos frequente de início de um transtorno ansioso) deve sinalizar a necessidade de pesquisar mais intensamente.

Deve ser descartada ansiedade induzida por fármacos, na intoxicação ou abstinência de drogas ou psicotrópicos. Inúmeras doenças cardíacas podem mimetizar sintomas ansiosos, entre elas arritmias, taquicardia supraventricular (atrial ou nodal), e infarto do miocárdio. O hipertireoidismo pode provocar crises de ansiedade, taquicardia e sudorese, sendo sugeridas dosagens de T3, T4 livre e TSH numa avaliação inicial. O hiperparatireoidismo, menos frequentemente, pode se manifestar com crises de ansiedade, sendo necessária a dosagem sérica de cálcio. Os feocromocitomas, embora raros, devem ser lembrados no diagnóstico diferencial, principalmente quando as crises se associam a cefaleia severa e hipertensão. O

exame físico é geralmente suficiente para descartar a ocorrência de crise asmática ou doença pulmonar obstrutiva.

13.7.7. CONDIÇÕES QUE PODEM DESENCADear SINTOMAS DE ANSIEDADE

13.7.7.1. DOENÇAS CLÍNICAS

- Hipertireoidismo, hiperparatireoidismo;
- Síndrome de tensão pré-menstrual;
- Dor crônica;
- Asma/Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- Angina/Insuficiência cardíaca congestiva;
- Hipertensão/Prolapso da válvula mitral;
- Infarto do miocárdio;
- Síndrome pós-concussão;
- Acidente vascular isquêmico transitório.

13.7.7.2. INTOXICAÇÃO E ABSTINÊNCIA POR DROGAS

- Anfetaminas e Cocaína;
- Alucinógenos;
- Álcool e outros sedativos, opiáceos.

13.7.7.3. FÁRMACOS QUE PODEM CAUSAR SINTOMAS ANSIOSOS

- Antidepressivos (ISRS);
- Anticonvulsivantes (Carbamazepina);
- Corticosteroides e AINEs (Indometacina);
- Bronco-dilatadores (Teofilina);
- Tiroxinas;
- Anti-histamínicos e anticolinérgicos;
- Anticolinérgicos.

13.7.7.4. TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

- Depressão;
- Início de um surto psicótico;
- Transtorno do humor - fase maníaca;
- Alguns transtornos de personalidade.

Quadros de ansiedade generalizada – Podem apresentar episódios de exacerbação da ansiedade, inquietação motora, gemidos incessantes, queixas somáticas, irritabilidade.

Ataques de pânico – Episódio súbito e intenso de ansiedade com sintomas físicos (tremores, taquicardia, dor torácica, sensação de falta de ar ou sufocamento, parestesias) associados a medo de morrer, desmaiar ou perder o controle.

Luto – Vítimas de violência, ou reação não adaptativa a um ou mais fatores de estresse psicossociais identificáveis.

Transtorno conversivo – Situação em que se verifica uma alteração funcional na motricidade e/ou sensibilidade do paciente sem que haja um comprometimento anatômico que a justifique e sem que haja voluntariedade do paciente na produção dos sintomas. Geralmente mimetizam crises convulsivas tipo grande-mal, com queda ao chão e hiperatividade motora com grande dramaticidade. Podem se acompanhar de gritos ou gemidos. Não apresentam os sinais neurológicos característicos das crises epiléticas.

Transtorno dissociativo – Perturbações de funções neurológicas (consciência, memória, identidade, percepção do ambiente) na ausência de patologia orgânica.

13.8. RISCO DE SUICÍDIO

Perguntar ao paciente sobre ideação suicida não induz ao suicídio, e pode tranquilizá-lo, por perceber que pode falar abertamente de todos os aspectos de sua condição. Todos os pacientes com depressão, unipolar ou bipolar, moderada a grave, além dos episódios mistos, devem ser perguntados abertamente e especificamente sobre ideação, planos e tentativas de suicídio. Idosos têm alto risco de suicídio, e solidão é o principal motivo relatado para considerar suicídio. Aqueles com perdas recentes, principalmente de cônjuge, e doenças médicas limitantes e incapacitantes devem ser rastreados ativamente para depressão e suicídio.

13.8.1. CONSIDERAÇÕES NA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

- Avaliar presença de ideação, intenção ou plano suicida;
- Acesso a meios para efetuar o suicídio e a letalidade desses meios;
- Tentativas prévias e a gravidade dos intentos;
- Avaliar potenciais comportamentos de auto ou heteroagressão, incluindo autonegligência.
- A desesperança significativa é a principal dimensão psicológica associada ao suicídio.
- A impulsividade e agressividade podem ser as principais características que compõem o comportamento suicida.

- Presença de abuso de álcool ou outras substâncias;
- Aderência ao tratamento ambulatorial;
- Frequentes recaídas, pobre controle sintomático, contínuo prejuízo funcional ou comorbidade com transtornos ansiosos.
- Sintomas psicóticos, alucinações de comando ou ansiedade severa;
- Exacerbação aguda dos sintomas de episódio maníaco ou depressivo grave;
- História familiar de ou exposição recente a suicídio;
- Presença ou ausência de suporte familiar/social;
- Se for observado que o paciente encontra-se em risco de suicídio, ostentando bravuras ou negligência consigo mesmo, é um risco significativo a outros, incluindo seus dependentes. Ou ainda se apresenta um histórico de admissões recorrentes, particularmente compulsórias, um plano de crise deve ser desenvolvido em colaboração com o paciente, abrangendo:
 1. Uma lista de gatilhos potencialmente identificados, no âmbito pessoal, social e ambiental bem como sintomas iniciais de recaída.
 2. Um protocolo de implementação de doses de medicamentos para os pacientes em risco de mudança para mania e para os quais sinais precoces possam ser identificados – protocolos devem ser monitorados regularmente e não substituem uma revisão de urgência.
 3. A intervenção com maior grau de recomendação para diminuição do risco de suicídio é o tratamento adequado e eficaz dos pacientes.
 4. Uma limitada quantidade de medicação psicotrópica deve ser prescrita para pacientes durante períodos de alto risco de suicídio.
 5. Como o paciente ou cuidador podem acessar cuidados, deve estar claro os nomes dos profissionais de saúde em atenção primária e secundária que se comprometeram com o plano de crise.

13.8.2. LOCAL DE TRATAMENTO

O local de tratamento é determinado pela gravidade do quadro, sistemas de suporte e aderência ao tratamento. Pode ser considerado para tratamento ambulatorial o paciente com ideação suicida crônica e/ou autolesão sem repercussão clínica grave, com apoio familiar e psicossocial estável e/ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento. Quando optamos por não internar um paciente com risco de suicídio, devem ser orientadas medidas como tirar armas de fogo e facas da casa, não deixar medicamentos ou produtos tóxicos acessíveis, manter algum familiar ou amigo constantemente presente. Estas medidas simples podem diminuir o acesso do paciente aos meios de se lesar e diminuir as chances de suicídio.

14. MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implantadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

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

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. Na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes: equipe de referência e equipe de apoio matricial.

Na situação específica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionam como equipes de referência interdisciplinares, atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. E a equipe de apoio matricial, no caso específico desse guia prático, é a equipe de saúde mental.

O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido com base de um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

De modo que, matriciamento não é:

- Encaminhamento ao especialista;
- Atendimento individual pelo profissional de saúde mental;

- Intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional de saúde mental.

14.1. QUANDO SOLICITAR MATRICIAMENTO

- Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família.
- Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais.
- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário.

14.2. ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL

- Motivo do matriciamento;
- Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente;
- Problema apresentado no atendimento:
 - a. Nas palavras da pessoa;
 - b. Visão familiar;
 - c. Opinião de outros.
- História do problema atual:
 - a. Início;
 - b. Fator desencadeante;
 - c. Manifestações sintomáticas;
 - d. Evolução;
 - e. Intervenções biológicas ou psicossociais realizadas;
 - f. Compartilhamento do caso (referência e contrarreferência).
- Configuração familiar;
- Vida social:
 - a. Participação em grupos;

- b. Participação em instituições;
 - c. Rede de apoio social;
 - d. Situação econômica.
-
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;
 - Formulação diagnóstica multiaxial.

Durante a coleta dessas informações e no diálogo com a Equipe de Saúde da Família (ESF), é muito importante não fazer julgamentos, cuidando sempre para reforçar atitudes positivas, especialmente aquelas que denotem autonomia com responsabilidade e clareza técnica. Além disso, em toda discussão devemos buscar uma formulação diagnóstica, lembrando que na saúde mental os diagnósticos são frequentemente temporários e que, mais importante do que acertar o código diagnóstico, é compreender a situação em suas várias facetas.

O uso de diagnósticos sindrômicos amplos é perfeitamente aceitável no campo da ESF. No entanto, vale destacar os itens que devemos ter em mente ao formular um diagnóstico ampliado multiaxial. Não falamos aqui dos critérios do manual diagnóstico americano, o DSM-IV, mas sim de uma adaptação para a Atenção Primária à Saúde (APS). Não estamos, em absoluto, restringindo-nos ao diagnóstico psiquiátrico, mas abrindo uma agenda interdisciplinar.

14.3. INTERCONSULTA

Um aspecto que caracteriza a interconsulta é o fato dela conter a discussão do caso. Essa é uma das partes do processo e está sempre presente, mesmo que se avance para formas mais complexas de interconsulta, é importante que essa discussão ocorra dentro de uma visão biopsicossocial que incorpore as diferentes dimensões dos problemas e a contribuição dos distintos saberes. No momento de discussão de casos, isoladamente ou inseridos em outro tipo de interconsulta, alguns aspectos devem ser avaliados:

- O motivo pelo qual aquele caso deve ser discutido: muitas vezes o que mobilizou os profissionais da equipe básica a buscar matriciamento para um caso é distinto do principal problema trazido pelo paciente ou família;
- A situação atual: importa tanto analisar e discutir o contexto quanto firmar um diagnóstico para que uma intervenção terapêutica possa ser bem-sucedida;

- Os recursos positivos disponíveis: essa afirmativa pode parecer óbvia, mas muitas vezes é ignorada na prática, quando terapêuticas inalcançáveis são reafirmadas como solução para o problema. Por exemplo, dar uma medicação menos sofisticada, mas à qual o paciente tem acesso, em vez de uma medicação superior que o paciente não irá comprar nem está disponível na rede; ou deixar de encaminhar o paciente para espaços alternativos de apoio disponíveis na unidade ou na comunidade por considerar que a psicoterapia semanal regular é a opção terapêutica ideal, porém inalcançável;
- O principal objetivo do cuidado, que é apoiar e aliviar o sofrimento: as equipes não são responsáveis pela resolução do sofrimento emocional e dos problemas da população sob seus cuidados. Sua obrigação é acompanhar, criando espaços de superação e de reestruturação, utilizando todos os recursos disponíveis.

14.4. DISCUSSÃO DE CASOS

Com certeza é a forma mais conhecida de interconsulta e mais frequentemente realizada. Permite que a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou pela equipe sejam analisados pelos diversos ângulos, dentro de uma perspectiva interdisciplinar. É um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que têm do caso. Um aspecto muito positivo é a possibilidade de discutir as dificuldades pessoais dos profissionais com o paciente e sua situação. Porém, dentre todas as formas de interconsulta que podem ser realizadas, essa é a que tem menor campo de visão, estando limitada pela visão individualizada dos profissionais envolvidos. O problema na discussão de casos é o que não chega a ser trazido para a discussão.

A discussão de casos em equipe interdisciplinar Mais ampla do que uma discussão entre profissional de referência e matriciador, essa forma de interconsulta permite que a equipe construa estratégias em comum, com base em um projeto terapêutico organizado coletivamente. Quanto mais diferentes sejam as fontes de informação e as diferentes visões presentes, maior a possibilidade de se obter uma visão abrangente e de se construir um projeto terapêutico realmente ampliado e singular.

14.5. ETAPAS DE UMA INTERCONSULTA

Etapas de uma consulta conjunta de saúde mental na atenção primária:

1. Contato prévio entre as equipes:

- Informar à ESF o que será feito;
- Compartilhar o planejamento da primeira consulta;
- Por frisar a importância do caráter colaborativo e não a ideia de somente “empurrar casos”;
- Esclarecer que os matriciadores não irão simplesmente atender e sim trabalhar juntos.

2. Discussão antes do atendimento:

- Discutir a situação em conjunto, de preferência com todos os profissionais envolvidos.

3. Explicação do modelo ao usuário:

- Informar ao usuário o que está acontecendo, um membro da ESF, preferencialmente, deve apresentar os matriciadores e dar as explicações;
- Orientar para que a equipe de referência continue a mesma;
- Esclarecer sobre outras formas de cuidado que podem ser recomendadas.

4. Solicitação de permissão:

- Solicitar a autorização do usuário e demais envolvidos para a realização da consulta conjunta.

5. Realização da consulta:

- Os profissionais da ESF devem iniciar a consulta e, se for o caso, posicionar-se fisicamente na sala ou no consultório onde ficam os condutores de uma consulta;
- Os matriciadores começam a participar ou a intervir paulatinamente, colocando-se mais como interconsultores do que como condutores da consulta.

6. Discussão de uma conduta compartilhada:

- Cuidar para nunca discutir o caso na frente do paciente;
- O matriciador procura saber qual é o modelo explicativo do matriciando para o problema e quais soluções ele vislumbra, corrigindo posteriormente as imperfeições que porventura surjam na estratégia adotada;
- A conduta não deve ser “prescrita” tão somente pelo matriciador, mas decidida dialogicamente por todos os envolvidos;
- Quando a conduta do caso for proposta aos usuários, ela deve ser informada pela equipe de referência (matriciandos), preferencialmente;

- Discutir condutas não medicamentosas sempre, mesmo quando for indicada ou solicitada avaliação para um tratamento medicamentoso.

7. Organização da revisão do caso:

- Normalmente, a maioria dos pacientes só precisa de revisão em caso de falha terapêutica;
- Pacientes com transtornos mentais mais graves, e que a equipe deseja manter somente na APS, ou que se recusam a serem tratados em cuidados especializados, devem ter revisões mais constantes;
- O encaminhamento de um paciente à atenção secundária não impede que o caso dele continue a ser visto e discutido na APS.

Quanto à equipe matriciadora, destacamos alguns comentários bastante relevantes no que diz respeito à sua atuação:

- Quanto maior for a experiência da equipe matriciadora na atenção primária ou quanto maior a sua disposição em compreender a saúde mental em um contexto diferente da formação (até então) clássica, maior será a sua capacidade de gerar mudanças efetivamente positivas e perceptíveis em suas equipes matriciadas;
- O matriciado não deve agir como um simples prescritor de condutas, demonstrando meramente seu suposto saber diante de uma ESF que não é chamada a participar;
- O bom matriciador dialoga, solicita informações da equipe de referência do caso e, principalmente, pergunta a opinião sobre condutas, instigando a equipe a raciocinar. Com isso ele ensina e aprende, além de colocar os matriciandos em posição ativa, fazendo da consulta conjunta um espaço de estímulo ao crescimento das competências da ESF relacionadas à saúde mental.

Em relação aos usuários (pacientes, acompanhantes e familiares), destacamos que o escopo da ESF é comunitário e, desde que haja o consentimento do usuário e se respeitem os limites da confidencialidade, não há problemas em acolher também os acompanhantes. O matriciador, no entanto, deve tentar trabalhar com a demanda trazida à consulta conjunta pela ESF. Se ele perceber a ausência de algum grupo importante que demanda a atenção, é interessante perguntar sobre casos desse tipo, já que para o caráter pedagógico da consulta conjunta a variabilidade é bastante eficaz.

Uma dúvida levantada por quem está começando a conhecer o universo da consulta conjunta em atenção primária é o excessivo número de presentes no cenário de ação. Há consultas conjuntas com cinco ou até seis profissionais atendendo a um único usuário e, eventualmente, a seus acompanhantes. Esse tipo de situação chega a causar incômodo nos profissionais que dela participam nas primeiras vezes. Mas é importante destacar que não há receitas universais. Por isso recomendamos indagar ao usuário, muito cuidadosamente, se ele

aceita esse tipo de procedimento. A maioria dos pacientes não só aceita, como até gosta de ser atendida por um conjunto de profissionais. Para os que manifestam algum desconforto – ou quando se percebe –, recomenda-se negociar a equipe mínima, composta de pelo menos um matriciador e um matriciando.

Por fim, ressaltamos que há vários desafios e obstáculos para a implantação de uma estratégia que não é clássica e que ainda não faz parte da formação dos profissionais envolvidos. Os problemas mais comuns são o entendimento, por parte da equipe, de que o matriciador irá realizar consultas individuais como especialista e a não participação de alguns profissionais na consulta conjunta.

Cabe então ao matriciador compreender que, na maioria das vezes, isso não ocorre por “má-vontade”, mas por compreensão insuficiente do formato ou por medo para lidar com a saúde mental. O matriciador deve desenvolver competências para contornar tais situações com cordialidade, paciência e, eventualmente, firmeza. Para tanto, não pode ter medo de experimentar, desde que saiba examinar seus erros e crescer com os novos desafios.

14.6. VISITA DOMICILIAR CONJUNTA

A visita domiciliar conjunta de saúde mental na atenção primária apresenta diversas características comuns à consulta conjunta. Por isso recomendamos a leitura do tópico “A consulta conjunta de saúde mental na atenção primária”, que acabamos de apresentar, como pré-requisito à leitura desse novo tema, já que vários contrastes e semelhanças serão apontados com base no referencial da consulta.

O recurso de visita domiciliar faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial. Supõe-se que centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família competentes realizem, com regularidade, visitas domiciliares a usuários que, por diversas razões não podem ser atendidos nas unidades de saúde.

No entanto, o foco das equipes de saúde mental e de saúde da família costuma diferir quando em ação no domicílio do paciente.

As equipes dos CAPS, em geral, fazem o seguimento domiciliar de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, comumente de maior gravidade, o que acentua um caráter quase terciário a esse tipo de atendimento e um papel importante do psiquiatra. Visitas domiciliares de outros profissionais também acontecem, mas costumam ter um escopo mais delimitado.

Já no caso das ESF, embora uma vasta gama de situações seja atendida por visitas domiciliares, o maior volume se dá para os pacientes idosos, acamados e com necessidades especiais. Em segundo lugar vêm os casos de maior complexidade social ou psicossocial. Essa maior variabilidade precisa ser aquilatada pela equipe de apoio matricial em saúde mental, pois sempre se corre o risco da visão do profissional de saúde mental ficar atrelada ao tipo de visita domiciliar de atenção secundária, que é a realizada pelos CAPS e serviços similares.

As fases para a realização de uma visita domiciliar conjunta são bastante semelhantes às da consulta conjunta. No entanto, alguns comentários são importantes, de modo a atender às necessidades particulares dessa modalidade de atenção.

No contato prévio que as equipes terão sobre o tema, que pode ser o mesmo no qual se explane o funcionamento da consulta conjunta, é importante refletir coletivamente sobre quais tipos de casos para visita domiciliar precisam ser priorizados no território específico em questão. E como as necessidades de visitas domiciliares conjuntas são mais díspares de um território para o outro, é preciso traçar um planejamento para elas, que deve ser revisto periodicamente.

Perguntas que devem nortear o planejamento das visitas domiciliares conjuntas:

- Quais são os grupos de risco nessa população?
- Que tipos de usuários com questões psicossociais têm dificuldade de acesso ao serviço?
- Qual deverá ser a regularidade das visitas domiciliares conjuntas dentro do matriciamento?

Explicar ao usuário e à sua família o que está acontecendo, solicitar a sua permissão e realizar a visita também são passos que acontecem de forma semelhante às etapas da consulta conjunta. No entanto, algumas ponderações são necessárias na hora de decidir a conduta a ser tomada. Diferentemente da consulta conjunta, em que o usuário pode esperar por alguns momentos no lado de fora da sala, na visita domiciliar não existe um lado de fora da sala. Assim, há duas opções possíveis:

- Explica-se ao usuário que a equipe irá se reunir na unidade de saúde para a tomada de decisões e que as propostas serão trazidas para ele pela equipe de referência (matriciandos);
- As decisões são tomadas diante do paciente, o que só é recomendável para equipes que já estejam trabalhando com um grau suficiente de desenvoltura e sinergia.

Um cuidado especial também deve ser tomado na revisão dos casos acompanhados pela visita domiciliar que, devido à sua complexidade, não podem ser esquecidos. A melhor solução para isso é a manutenção, por parte da equipe de apoio matricial, de um registro desses casos, que serve como um lembrete regular para anotar como estão evoluindo.

14.7. CONTATO À DISTÂNCIA

Consideremos a seguinte situação: a médica da Estratégia de Saúde da Família, ansiosa e preocupada, liga para a psiquiatra que faz o matriciamento na sua equipe, mas não consegue falar imediatamente, pois a matriciadora está ocupada. No final da tarde, a matriciadora liga e elas conversam sobre uma puérpera que está com psicose, iniciada no puerpério, e que faz uso de risperidona e periciazina, mas ainda apresenta muitos sintomas delirantes e atitudes bizarras.

A matriciadora não conhece esse caso, mas acolhe a médica da ESF, orienta um ajuste de dose da medicação, comenta sobre o possível significado das atitudes da puérpera em relação a seu filho e coloca-se à disposição para marcar uma consulta conjunta, se for necessário. A usuária melhorou e não foi necessária uma intervenção na urgência psiquiátrica como a família achava, e manteve o seguimento na própria unidade de saúde da família, com o apoio do matriciamento.

Essa situação ilustra bem como o contato entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o matriciador em saúde mental e a equipe da atenção primária pode ser otimizado com o uso das tecnologias de informação e comunicação.

REFERÊNCIAS

- AA. **Alcoólicos Anônimos**. Disponível em: <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br>>. Acessado em: 10 de março de 2013.
- Alcoólicos anônimos. **Alcoólicos anônimos e a classe médica**. Brasil: JUNAAB – Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil, 2006.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- American Journal of Psychiatry. **Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder**. 159: 1-50, 2002.
- American Psychiatric Association (APA). **Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia**. Psychiatry: 1-63, 1997.
- _____. **Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia**. Psychiatry: 1-114, 2004.
- _____. **Treatment of patients with eating disorders**. Psychiatry: 4-54, 2006.
- Al-Anon. **Amigos e Parentes de Alcoólicos Anônimos**. Disponível em: <<http://www.al-anon.org>>. Acessado em: 10 de março de 2013.
- Associação Americana de Psiquiatria. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Projeto diretrizes: Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos de Ansiedade**. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.
- BACALTCHUK, J; HAY, P. *Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa*. In: **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software, 2007.
- BARBOSA, Cleyson José Machado. Orientador LIMA, Geni. **Os benefícios da hidroginástica e as mudanças corporais**. Rio de Janeiro, 2009.

BERKMAN, N.D; BULIK, C.M; BROWNLEY, K. A; *Et al.* **Management of Eating Disorders**. Evidence Report/Technology Assessment n°. 135. (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract n°. 290-02-0016.) AHRQ Publication n°. 06-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.

BONACHELA, Vicente. **Manual Básico de Hidroginástica**. Editora: SPRINT LTDA. Rio de Janeiro: RJ, 1967.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Lei n°. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Lei n°. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Lei n°. 10.216 de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Lei n°. 10.708 de 31 de julho de 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **GM/MS n°. 336 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **GM/MS n°. 816 de 30 de abril de 2002**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **GM/MS nº. 1190 04 de junho de 2009.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Relatório Final da IV Conf. Nacional de Saúde Mental Intersetorial.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **GM/MS nº. 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **GM/MS nº. 1.600 de 07 de julho de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **GM/MS nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS.** Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/usr/File/2006/imprensa/pnas_final.pdf>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social nº. 8.742 de 7 de dezembro de 1993.** Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Decreto nº. 7179 de 20 de maio de 2010.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Decreto nº. 7508 de 28 de junho de 2011.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas – Epilepsia Refratária.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_e15_01.pdf>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Ministério da Saúde: 2001.

_____. **Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção: Relatório de Gestão no período 2003-2006.** Ministério da Saúde: Coordenação Geral de Saúde Mental, 2007.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Caderno n. 34 do Ministério da Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica e do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

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

BROWN, S; INSKIP, H. BARRACLOUGH, B. **Causes of the excess mortality of schizophrenia.** Psychiatry: 212-217, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção de Saúde. *In*: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BUNNING, Ernest. **Álcool e redução de danos** – uma abordagem inovadora para países em transição. Brasil: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, E. B; MACIEL, C. A. B. **Conselhos Paritários: o enigma da participação e da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1997, pp. 143-155.

CARLINI, E. A; *Et al.* **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARTER, B; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

CASTRO, L.A.; BALTIERI, D.A. **Tratamento Farmacológico da Dependência do Álcool**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*: 43-46, 2004.

CORDIOLI, Aristides V. **Psicofármacos: consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CORDÁS, Athanássios Táki. **Classification and diagnosis of eating disorders**. *Rev. Psiquiatria. Clinical*: 154-157, 2004.

CLAUDINO, A.M. and BORGES, M.B.F. **Diagnostic criteria for eating disorders: evolving concepts**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*: 7-12, 2002.

CLAUDINO, A.M; HAY, P; LIMA, M.S; *Et al.* **Antidepressants for anorexia nervosa**. *In: The Cochrane Library*. Oxford: Update Software, 2007.

DAVIDSON, L; MCGLASHAN, T.H. **The varied outcomes of schizophrenia**. *J. Psychiatry*: 34-43, 1997.

DENIS, C; FATSÉAS, M; LAVIE, E; *Et al. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. In: The Cochrane Library.* Oxford: Update Software, 2007.

DEL PORTO, J. A. **Crises de Pânico na prática médica.** Psq. Prat. Med.: 119-124, 2000.

DEL PORTO J. A.; FERRAZ, M.P.T. Transtornos ansiosos, fóbicos e obsessivo-compulsivos. *In: Atualização Terapêutica.* Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

DUNCAN, B. B; *Et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.* Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

ENSP/FIOCRUZ/FENSPTEL. **Relatório final do Projeto Estimativa de Carga de Doenças do Brasil – 1998.** FENSPTEC: Tecnologia e Saúde e Qualidade de Vida. 2002.

FALKAI, P; WOBROCK, T; LIEBERMAN, J; *Et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica (WFSBP) para o tratamento biológico da esquizofrenia.* Rev. Psiq. Clín.: 7-64, 2006.

FERREIRA, Adriana Maia Teixeira. **Hidroginástica: Conceituação e Tendências.** Disponível em: <<http://www.aquabrasil.info/hidroginastica.html>>. Acessado em: 19 de março de 2014.

Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. **Portaria GM/1.608.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

FUCHS, F.D; WANNMACHER, L; FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

FURUKAWA, T; McGUIRE, H; BARBUI, C. *Low dosage tricyclic antidepressants for depression. In: The Cochrane Library.* Oxford: Update Software, 2003.

FURUKAWA, T.A; *Et al. Antidepressants plus benzodiazepines for major depression. In: The Cochrane Library.* Oxford: Update Software, 2007.

GILBODY, S; HOUSE, A.O; SHELDON, T.A. *Screening and case finding instruments for depression. In: The Cochrane Library.* Oxford: Update Software, 2007.

GOMES, Vanessa Gimenes. **Apoio Matricial**: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Universidade Estadual de Campinas. 2006.

GUAIANA, G; BARBUI, C; HOTOPF, M. *Amitriptyline versus other types of pharmacotherapy for depression*. In: **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software, 2003.

GUERRA, Yolanda. **O projeto profissional crítico**: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. Serviço Social e Sociedade. Cortez: São Paulo, nº 91, 2007.

GUIMARÃES, D.B. S; *Et al.* **Indicações para internação completa ou parcial**. Rev. Bras. Psiq.: 60-2, 2002.

HAFNER, H; HEDEN, W. *Course and outcome of schizophrenia*. In: HIRSCH, S.R; WEINBERGER, D.R. **Schizophrenia**. Oxford, Victoria, Berlin: Blackwell Science, pp. 101-141, 2003.

HAY, P.J. **Epidemiology of eating disorders**: current status and future developments. Rev. Bras. Psiq.: 13-7, 2002.

HAY, P. J; BACALTCHUK, J; STEFANO, S. *Psychotherapy for bulimia nervosa and binging*. In: **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software, 2007.

HAY, P.J; BACALTCHUK, J; CLAUDINO, A.M; *Et al.* *Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa*. In: **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software, 2007.

HALES, R.E; YUDOFKY, S.C; TALBOT, J.A. **The American Psychiatric Press Textbook of psychiatry**. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1999.

Humanizamus Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. In: **Textos Básicos de Saúde**. Ministério da Saúde, 2004.

HOFF, A.L; SAKUMA, M; WEINEKE, M; *Et al.* **Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first episode schizophrenia**. Amer. J. Psychiatry: 1336-1341, 1999.

HEGARTY, J.D; BALDESSARINI, R.J; TOHEN, M; *Et al.* **One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature.** Amer. J. Psychiatry: 1409-1416, 1994.

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. **Intervenção Psicoeducativa.** Disponível em: < <http://www.icbas.up.pt/ca50mais/index.php/intervencao-psicoeducativa>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

JABLENSKY, A; SATORIUS, N; ERNBERG, G; *Et al.* **Schizophrenia: manifestations, incidence, and course in different cultures. A World Health Organization tencountry study:** 1-97, 1992.

JESTE, D.V. **Tardive dyskinesia in older patients.** J. Clin Psychiatry: 27-32, 2000.

KAPCZINSKI, F. **Atualização em estresse pós-traumático.** Rev. Bras. Psiquiatria: 1-2, 2003.

KAPLAN, Arline. **Experts reach ‘Extraordinary’ consensus on bipolar disorder.** Psychiatric Times: Issue VIII, vol. XVII; 2000.

KELLER, M.B; BAKER, L.A. **Bipolar disorder: epidemiology, course, diagnosis and treatment.** Bull Menninger Clin: 172-81, 1991.

KLEINMAN, A; GOOD, B. **Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder.** Berkeley: University of California Press, 1985.

LISA, Rudkin; MATTHEW, J; TAYLOR, Keith Hawton. *Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication.* In: **The Cochrane Library.** Oxford: Update Software, 2007.

LOEBEL, A.D; LIEBERMANN, J.A; ALVIR, J.M; *Et al.* **Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia.** Amer. J. Psychiatry: 1183-1188, 1992.

LOUZÃ NETO, M.R; *Et al.* **Psiquiatria Básica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

MALTA, DC e Cols. **A Construção da Vigilância e prevenção das Doenças Crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde.** Epidemiologia e Serviços de Saúde: 47-65, 2006.

MARCHETTI, Renato Luiz. Terapêutica nos Transtornos Mentais Associados à Epilepsia. *In:* CORDÁS, Athanássios Táki; MORENO, Ricardo Alberto. **Condutas em Psiquiatria**: 2001.

MARCHETTI, Renato Luiz; GALLUCCI NETO, José. C. Transtornos mentais associados à epilepsia. *In:* LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria Básica**: 2007.

MASCARENHAS, Eduardo. **Alcoolismo, drogas e grupos anônimos de ajuda mútua**. Brasil: Siciliano, 1990.

MATEUS, Mário D. M. L; CLAUDINO, Angélica M; CORREIA, Antônio Carlos. **O paciente violento**: avaliação e medidas gerais. *In:* Psiquiatria na prática médica. Centro de Estudos – Departamento de Psiquiatria: UNIFESP/EPM, volume 33, número 3, jul-set, 2000.

MARI, J.J; *Et al.* **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. São Paulo: Editora Manole, UNIFESP/Escola Paulista Medicina, 2002.

MELMAN, Charles. **Alcoolismo, Delinquência e Toxicomania**: uma outra forma de gozar. Brasil: Escuta Editora, 2000.

MOTTRAM, P; WILSON, K; STROBL, J. *Antidepressants for depressed elderly*. *In:* **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software, 2007.

NAKAGAVA, Bruno Kazuo de Catro; RABELO, Ricardo José. **Perfil da Qualidade de Vida de Mulheres Idosas Praticantes de Hidroginástica**. Revista Digital de Educação Física. Ipatina: Unileste-MG; vol.2, n.1, fev./jul. 2007.

National institute for health and clinical excellence. **Management of anxiety in adults, in primary, secondary and community care**. National Collaborating Centre for Mental Health. Disponível em: <<http://www.org.uk/CG020NICEguideline>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Depression**: management of depression in primary and secondary care. Disponível em <<http://www.nice.org.uk/CG023NICEguideline>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Antenatal and postnatal mental health**: clinical management and service guidance. Disponível em <<http://www.nice.org.uk/CG045>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **The epilepsies:** the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG020NICEguideline>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

_____. **Eating disorders core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.** The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists: January, 2004.

National collaborating centre for mental health; national institute for health and clinical excellence. **Bipolar disorder:** the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG038>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10.** Universidade de São Paulo: Edusp, 1997.

_____. **Epilepsia:** Uma Condição Tratável. Organização Pan-americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde: Programa de Saúde Mental – Divisão de Promoção da Saúde, 1999.

OLIVEIRA, Lúcio H. de; MATTOS, R.A; SOUZA, A.I.S. **Cidadãos peregrinos:** os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva:* 1929-1938; 2009.

OSSER, D.N; SIGADEL, R. **Short-term inpatient pharmacotherapy of schizophrenia.** *Harv. Rev. Psychiatry:* 89-104, 2001.

PERKINS, S.J; MURPHY, R; SCHMIDT, U; WILLIAMS, C. *Self-help and guided self-help for eating disorders.* In: **The Cochrane Library.** Oxford: Update Software, 2007.

PREVENTING SUICIDE: a resource for general physicians. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf>. Acessado em: 08 de janeiro de 2014.

REMICK; *Et al.* **Diagnosis and management of depression in primary care:** a clinical update and review. *CMAJ:* 1253-60, 2002.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V.A. **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.

SALZANO, F.T.; CORDÁS, Athanássios Táki. **Tratamento Farmacológico dos Transtornos Alimentares.** Rev. Psiq. Clín.: 188-194, 2004.

SANDER, J.W.; HART, Y.M. **Epilepsia: Um Guia Prático.** 1999.

SANTOS, Nilza A. **A doença do alcoolismo e o grupo de alcoólicos anônimos dos Municípios de Aquidauana e Dois Irmãos de Buriti/MS** – no período de fevereiro a novembro de 2009. Dissertação de mestrado apresentado para título de mestre em Psicologia Clínica da Universidade Técnica de Comercialização e Desenvolvimento. *Pedro Juan Caballero – Paraguai: Mestrado em Psicologia Clínica, Universidad Técnica de Comercialización y Desarrollo – UTCD, 2009.*

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Bipolar affective disorder.** A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2005.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Protocolo de Diretrizes Terapêuticas.** Curitiba: SESA, 2005.

SHEAR, M.K.; WEINERK. **Psychotherapy for panic disorder.** Clin. Psychiatry: 38-45, 1997.

SOARES, B.G.; LIMA, M.S. **Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências.** Rev. Bras. Psiquiatria: 62-6, 2003.

SRISURAPANONT, M.; JARUSURASIN, N. *Opioid antagonists for alcohol dependence.* In: **The Cochrane Library.** Oxford: Update Software, 2007.

USTUN, T.B.; SARTORIUS, N. **Mental illness in general health care: an international study.** Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1995.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar** – Epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002

WERDER, S.F. **An update on the diagnosis and treatment of mania in bipolar disorder.** Amer. Fam. Physician: 1126-36, 1995.

WIJKSTRA, J; LIJMER, J; BALK, F; GEDDES, J; NOLEN, W.A. *Pharmacological treatment for psychotic depression. In: The Cochrane Library.* Oxford: Update Software, 2007.

WILSON, K; MOTTRAM, P; SIVANRANTHAN, A; NIGHTINGALE, A. *Antidepressants versus placebo for the depressed elderly. In: The Cochrane Library.* Oxford: Update Software, 2007.

ANEXO I – CIWA-AR

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Nome: _____ Data: _____

Pulso ou FC: _____ PA: _____ Hora: _____

1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?

- | | |
|---|--|
| 0 | Não |
| 1 | Náusea leve e sem vômito |
| 4 | Náusea recorrente com ânsia de vômito |
| 7 | Náusea constante, ânsia de vômito e vômito |

- | | | | |
|---|----------|---|---------------------|
| 2 | Leve | 6 | Extremamente graves |
| 3 | Moderado | 7 | Continua |

2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:

- | | |
|---|--|
| 0 | Não |
| 1 | Não visível, mas sente |
| 4 | Moderado, com os braços estendidos |
| 7 | Severo, mesmo com os braços estendidos |

7. Você se sente nervoso (a)? (observação)

- | | |
|---|---|
| 0 | Não |
| 1 | Muito leve |
| 4 | Leve |
| 7 | Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo? |

3. Sudorese:

- | | |
|---|---------|
| 0 | Não |
| 4 | Facial |
| 7 | Profusa |

8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?

- | | | | |
|---|------------|---|--------------------|
| 0 | Não | 4 | Moderado / grave |
| 1 | Muito leve | 5 | Grave |
| 2 | Leve | 6 | Muito grave |
| 3 | Moderado | 7 | Extremamente grave |

4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações? Código da questão 8

9. Agitação: (observação)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 0 | Normal |
| 1 | Um pouco mais que a atividade normal |
| 4 | Moderadamente |
| 7 | Constante |

5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? Código da questão 8

10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)

- | | |
|---|---|
| 0 | Orientado |
| 1 | Incerto sobre a data, não responde seguramente |
| 2 | Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias |
| 3 | Desorientado com a data, com mais de 2 dias |
| 4 | Desorientado com o lugar e pessoa |

6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?

- | | | | |
|---|------------|---|-----------------------|
| 0 | Não | 4 | Alucinações moderadas |
| 1 | Muito leve | 5 | Alucinações graves |

Score _____

ANEXO II – MEEM

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO		
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local*) (andar).	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
REGISTRO		
* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL . Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
ATENÇÃO E CÁLCULO		
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Alternativo¹ : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
EVOCAÇÃO		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
LINGUAGEM		
* Identificar lápis e relógio de pulso	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão".	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
* Ler 'em voz baixa' e executar: FECHE OS OLHOS	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa)	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Copiar o desenho:	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
		
TOTAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* **Rua** é usado para visitas domiciliares.
Local para consultas no Hospital ou outra instituição!

¹ **Alternativo** é usado quando o entrevistado erra **JÁ** na primeira tentativa, **OU** acerta na primeira e erra na segunda. **SEMPRE** que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. **Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos** – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente à da apresentação!

APLICAÇÃO DO MEEM

1. Orientação

- Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).
- Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local) (andar).

Instrução: Pedir ao paciente que diga o ano, estação do ano, o dia da semana, o dia do mês e o mês no qual nos encontramos. Não dar dicas. Quanto às estações do ano, é possível utilizar estações do ano, nas regiões do sul do país, já que estas são bem marcadas e há forte influência na cultura para as datas que separam todas as estações do ano. Nas demais regiões do Brasil, o item é substituído ou ignorado.

Utilizamos rua para visitas domiciliar (quando se espera que o paciente saiba realmente seu endereço) e local para visitas hospitalares ou em outras instituições. Não há necessidade de confirmar ao paciente se está correto ou não, apenas passe ao próximo item.

2. Registro

Dizer três palavras: PENTE – RUA – AZUL. Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____

Instrução: Dizer as 03 palavras pausadamente e com dicção clara. Estas palavras devem ser sempre as mesmas. O estudo de validação diagnóstica (sensibilidade) desta versão para demência, feito com outros testes cognitivos, verificou várias características linguísticas das palavras até chegar nestas três, mantendo-se fiel aos critérios de escolha das encontradas na versão original do Mini Mental em inglês.

O paciente deve repetir após. Registrar o número de palavras evocadas. Quando o paciente não evoca as 03 palavras, deve-se repetir pedindo que o mesmo preste atenção e repita novamente. Não se registra o escore desta vez (o escore do item é o da 1ª evocação). Quando o paciente não evoca as 03 palavras nesta 2ª tentativa, deve-se repetir as 3 palavras para que ele as repitas.

Fazer isto até 05 vezes e registrar o número de repetições.

3. Atenção e Cálculo

Subtrair: 100-7 (05 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65)

Alternativo: série de 07 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)

Instrução: No alternativo não se deve utilizar o original “soletrar a palavra 'MUNDO' de trás para frente”. Os brasileiros não têm treinamento cultural no soletrar e por outro lado têm muito mais familiaridade com números e cálculos matemáticos simples (soma e subtração). Desta forma, a alternativa de repetição de série de dígitos não avalia exatamente as mesmas funções, apenas memória operacional (e atenção), no entanto não há outra prova correspondente de mesma velocidade de aplicação.

4. Evocação

Perguntar pelas 03 palavras anteriores (pente-rua-azul)

5. Linguagem

Identificar lápis e relógio de pulso.

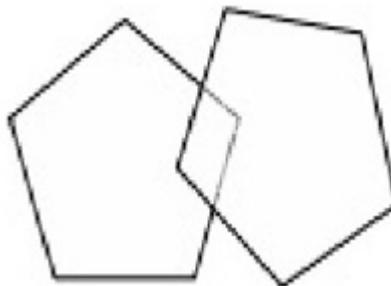
Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.

Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”.

Ler ‘em voz baixa’ e executar: **FECHE OS OLHOS.**

Escreva uma frase (um pensamento, ideia completa).

Copiar o desenho:



ANEXO III - PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL OU SINGULAR – PTIS

Data: ____/____/20__

Nome: _____ Nº Prontuário _____

Idade: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Ref. Técnica:

Ref. Médica:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Hipótese Diagnóstica Secundária:

RESUMO CLÍNICO

OBJETIVOS

ATIVIDADES

Segunda	M	
	T	
Terça	M	
	T	
Quarta	M	
	T	
Quinta	M	
	T	
Sexta	M	
	T	

JUSTIFICATIVA

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA/TERRITORIAL

MEDICAÇÃO

Faz uso de medicação: () Sim () Não
Medicação: () Assistida () Controlada () Usual

ÚLTIMA VISITA DOMICILIAR: ____/____.
PRÓXIMA REVISÃO DE PTIS: ____/____.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

A inserção no CAPS pressupõe a participação nas atividades bem como na aderência da criança ou adolescente e de seus familiares ou responsáveis, como por exemplo: grupo de familiares, convivência, atendimentos, reavaliações, etc. Assim abaixo assinamos e concordamos.

ASSINATURA E CARIMBOS DOS ENVOLVIDOS:

Usuário

Referência

Responsável pelo usuário
(quando necessário)

Referência

OBSERVAÇÕES:

- O **PTIS** deve ser realizado a partir da inserção do paciente no CAPS (registro do prontuário) e deve ser construído junto com o paciente e, no caso de crianças e adolescentes, em conjunto com os responsáveis a fim de garantir a autonomia e propiciar o estabelecimento de relações horizontais com a instituição.
- No item '**Referência Técnica e Médica**', será descrito o Terapeuta ou Pessoa de Referência para acompanhamento do caso. Na Referência Médica, os profissionais médicos psiquiatra, pediatra, clínico geral, etc. Na Referência Técnica, serão os profissionais psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e auxiliares de enfermagem, quando necessário. O profissional de referência é o responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas/objetivos traçados no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS sobre o caso.
- No item '**Hipótese diagnóstica**', será descrita a hipótese inicial a partir da queixa, sintomatologia apresentada e primeiras avaliações realizadas pelos profissionais.
- No item '**Resumo Clínico**', será descrito, de forma breve, o histórico da queixa, os sintomas, estado atual da criança/adolescente e os modos de o paciente/ família lidarem. Ressalta-se que, na anamnese, a história clínica deverá ser aprofundada; no PTIS, serão inseridas apenas as informações necessárias para a orientação da equipe e para o consentimento da criança/ adolescente/ responsável.
- No item '**Objetivos**', serão descritas as metas estabelecidas para o processo de reabilitação psicossocial da criança/adolescente/família a partir do resumo clínico.
- No item '**Atividades**', será descrita a inserção em atividades de oficinas, grupos, psicoterapia individual ou em grupo, aulas de futebol, dança, etc. e a frequência/periodicidade de participação no serviço, considerando as possibilidades individuais de cada criança e adolescente e sua família.
- No item '**Justificativa**', serão descritos os motivos de inserção nas atividades acima descritas.
- No item '**Intervenção Comunitária/Territorial**', serão descritas ações englobando a rede, tais como: secretaria de assistência social, secretaria de educação, escola, projetos de cidadania, cursos profissionalizantes, etc.
- Medicação assistida: medicamentos que servem para tratar doenças de alto custo.
- Medicação controlada: medicamentos apenas com receita controlada.
- Medicação usual: medicamentos sem necessidade de receita controlada.

Na assinatura, deve-se considerar a possibilidade de a própria criança/adolescente assinar o próprio nome, quando possível, pois essa iniciativa proporciona o estabelecimento de um vínculo positivo com a instituição.

ANEXO IV – FICHA ACOLHIMENTO (CAPSAD)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Por quais motivos você buscou tratamento no CAPSAd?

Queixa principal:

Principais sintomas:

Já procurou tratamento anteriormente?

O que você espera do tratamento?

Observações do responsável pelo acolhimento:

Data: ___/___/___

Profissional Acolhedor: Oriente o paciente quanto às etapas do tratamento (avaliações, atendimentos individual/grupo, horários, compromisso com o tratamento, alta do tratamento).

ANEXO V – ENTREVISTA INICIAL EM SAÚDE MENTAL (CAPSAD)

Paciente: _____ Idade: _____

I – QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE

II – HISTÓRICO ATUAL DA DOENÇA

2.1. Em uso problemático de qual substância?

() Álcool () Tabaco () Cannabis () Cocaína () Crack () Inalantes () Alucinógenos

() Medicação: Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos () Outros _____

2.2. Início do Consumo? Frequência? Duração?

Episódios Anteriores (Quando?) _____

2.3. Tratamento Anterior: () NÃO. () SIM.

Internação: () Voluntária. () Involuntária. () Compulsória.

Onde? _____ Quando? _____

Houve adesão _____

Efeitos Desejados _____

Hospitalização _____

2.4. O paciente refere (sinais e sintomas): () Craving (Fissura). () Síndrome de Abstinência.

() Delirium Tremes. () Histórico de Overdose. () Dependência Física. () Dependência

Psicológica. Transtorno Psicótico induzido por substância _____

Outra Comorbidade Psiquiátrica? _____

2.5. Histórico de ideação/tentativa de suicídio? () NÃO () SIM

Situação:

2.6. Medicações sob Controle Especial em Uso:

2.7. Antecedentes Familiares: _____

2.8. Exame Psíquico: _____

III – HISTÓRIA CLÍNICA NÃO PSIQUIÁTRICA

3.1. Disfunções clínicas não psiquiátricas: () HAS. () Diabetes Mellitus. () Hepatites Virais.

() DST/HIV/AIDS. () Outros _____

- 3.2. Possui Cartão de Vacina? () NÃO. () SIM.
3.3. Possui vida sexual ativa? () NÃO. () SIM. Início da Vida Sexual: _____
3.3.1. Faz Uso do Preservativo? () NÃO. () SIM.
Outro Método Contraceptivo: _____ N° de Filhos: _____
3.4. Última vez que fez exames? Quais? _____
3.5. Medicações em Uso: _____
3.6. Exame Físico: _____

IV – AVALIAÇÃO SOCIAL

- 4.1. Prejuízo Social/Ocupacional (Trabalho, Escola, entre outros)

Emprego _____

Renda Familiar R\$ _____ Benefício R\$ _____

- 4.2. Moradia (reside com quem?) _____.

- 4.2.1. Apresenta histórico de viver em situação de rua? () NÃO () SIM

Especificar: _____

- 4.3. Situação Conjugal / Familiar:

- 4.4. Apresenta Comportamento de Risco?

V – AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica Principal:

Hipótese Diagnóstica Secundária:

OBSERVAÇÕES DO PROFISSIONAL:

Atendimento: ____/____/____

Assinatura (nome/carimbo) do Profissional

ANEXO VI – ENTREVISTA EM SAÚDE MENTAL (CAPSI)

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

CNS: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Sexo: F () M () Naturalidade: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Fone: _____

Ponto de Referência: _____

Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____

Profissão: _____ Profissão: _____

Idade: _____ Escolaridade _____ Idade: _____ Escolaridade _____

II – QUEIXA PRINCIPAL E HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

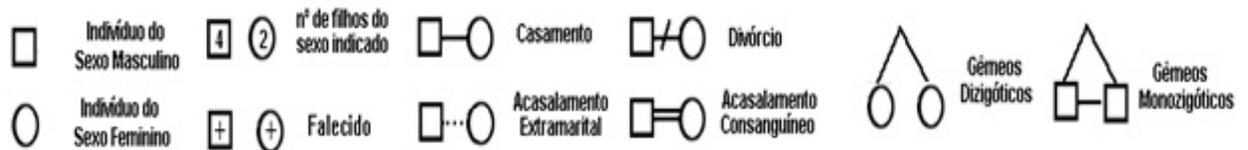
Queixa Principal (descrever de preferência com as palavras do entrevistado):

Há quanto Tempo? _____

Outras Queixas: _____

Atitudes frente às queixas (mãe, pai, familiares, etc.)

II – FAMILIOGRAMA



HISTÓRIA DE VIDA

a) Gestação e parto: criança desejada? (doenças da mãe na gravidez, abortos, condições do parto e ao nascer, realizou pré-natal).

b) Desenvolvimento no 1º e 2º ano de vida: (amamentação, idade em que engatinhou, ficou em pé, andou e falou).

c) Comportamento na infância: relacionamento com os pais, irmãos e amigos.

d) Na escola: relacionamento com colegas e professores, rendimento escolar, aceitação de regras, brigas, etc. Se não está frequentando, por quê?

Nome da Escola: _____

e) Puberdade e adolescência: como foi a menarca, os primeiros namoros, a sexualidade, o desenvolvimento da identidade, o/a trabalho/profissão, a relação com os pais.

HÁBITOS DE VIDA

Dorme quantas horas por dia? _____ Período: () Manhã. () Tarde. () Noite.

Apresenta dificuldades para dormir (insônia)? () Sim. () Não.

Realiza quantas refeições por dia? _____ Tem intolerância/aversão a algum tipo de alimento?
() Não. () Sim. Quais _____

Realiza alguma atividade de esporte ou lazer? () Não. () Sim.

Qual _____ Com que frequência? _____

FATORES DE RISCO

Já foi vítima de algum tipo de violência? () Não. () Sim.

() Intrafamiliar. () Extrafamiliar. () Institucional.

Descrever o tipo de violência sofrida _____

Já tentou Suicídio? () Não. () Sim. Motivo _____

Já fez ou faz uso de alguma substância (drogas) lícita ou ilícita?

() Não. () Sim. Quais _____

Algum familiar fez ou faz uso de alguma substância (drogas) lícita ou ilícita?

() Não. () Sim. Quais _____

Possui cartão de vacina? () Não. () Sim. Está completo? () Não. () Sim.

Possui cicatriz vacinal? () Não. () Sim.

IV - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (CID-10)

Diagnóstico sindrômico: _____

Diagnóstico psiquiátrico principal (CID-10): _____

Diagnóstico psiquiátrico secundário (CID-10): _____

Diagnóstico de personalidade e do nível intelectual (CID-10): _____

Distúrbios e doenças físicas: _____

Formulação psicodinâmica do caso:

Formulação cultural do caso:

V - PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Medicamento que vem utilizando: _____

Há quanto Tempo? _____

Medicamento prescrito: _____

Por quanto Tempo? _____

Tratamento psicoterapêutico indicado: _____

Procedimentos terapêuticos indicados: _____

Modos sugeridos de manejo do caso:

VI ASPECTOS SOCIAIS

Recebe algum benefício da Seguridade Social ou de Programas de Governo? () Não. () Sim.

Quais? _____

É curatelado? () Não. () Sim. Curador _____

Exerce alguma atividade remunerada? () Não. () Sim. Qual _____

Vínculo: () Formal. () Informal. Renda Familiar R\$ _____

Condições de moradia - Reside em: () Própria. () Alugada. () Cedida. () Albergado. () Pessoa em situação de rua. Construída em: () Alvenaria. () Madeira. () Mista.

Quantos Cômodos _____ Tem acesso a saneamento básico: () Não. () Sim.

Com quem reside: _____

Faz acompanhamento em saúde mental em alguma outra instituição? () Não. () Sim.

Qual? () APAE. () PESTALOZZI. () ROSETTA. () Outros _____

Já fez alguma internação psiquiátrica? () Nenhuma. () 1 vez. () 2 ou mais. () Não sabe informar.

IMPRESSÃO DO ENTREVISTADOR

Usuário

Referência

Responsável pelo usuário
(quando necessário)

Referência

ANEXO VII – ANAMNESE EM SAÚDE MENTAL (CAPS II)

NOME: _____ Nº. PRONTUÁRIO CAPS: _____

I – DADOS SOCIAIS

1. Estado Civil: () solteiro () casado () união estável () separado ou divorciado () viúvo () ignorado

2. Grau de Escolaridade: () analfabeto () ensino fundamental () ensino médio () superior.

3. Profissão: _____ Exerce alguma atividade remunerada? () sim () não.
Renda: () menos de um salário. () um salário. () mais de 2 salários.

4. Recebe algum benefício? () não () sim. Qual? () aux. doença () Bolsa Família () LOAS () Aposentadoria

5. É CURATELADO? () não () sim. Curador: _____ Telefone: _____

6. Residência: () própria () alugada () cedida () albergado () pessoa em situação de rua.

7. Com quem reside? (marque quantas alternativas julgar necessário) () sozinho () pais () cônjuge
() amigo(s) () irmão(s) () outros: _____

Tem filhos? () não () sim. Quantos/Idades? _____

II – DADOS CLINICOS

8. O paciente foi encaminhado ao CAPS? () não () sim. Quem encaminhou? () clínico-geral
() neurologia () psicologia () assistência social () outros _____

9. Já fez acompanhamento em saúde mental? () não () sim.
Qual o último local de atendimento? _____ Quando? _____

10. Faz uso atualmente de medicação de controle especial? () não () sim. Qual(is)? _____

11. Número de internações psiquiátricas: () nenhuma () 1 vez () 2 ou mais () não sabe informar.
Onde/Quando? _____

12. Motivo do encaminhamento ou queixa principal.

→ Sintoma(s) referido(s) (pelo paciente [máximo de três queixas] registro(s) com seus próprios termos e há quanto tempo.

13. Histórico da doença atual.

14. Foi (é) vítima de maus tratos? () não () sim.

() violência física () violência sexual () violência psicológica

15. Houve morte recente na família? [nos últimos 6 meses] () não () sim. Quem? _____

16. Relata outra(s) patologia(s) clínica(s). () não () sim.

Qual(is)? () diabetes () hipertensão arterial () hepatite C () hanseníase () tuberculose

() DST/HIV/AIDS () epilepsia () osteoporose () dor crônica () tabagismo

() alcoolismo outras: _____

III – REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

17. PTIS:

() Acompanhamento psiquiátrico.

() Acompanhamento medicamentoso.

() Psicoterapia individual

() Psicoterapia em grupo:

() Oficina(s) terapêutica(s):

() Atividade física em grupo – Hidroginástica. Quantas vezes por semana?

() Encaminhado à neurologia

() Encaminhado à ortopedia/fisioterapia.

() Encaminhado à outro serviço. Qual/Onde? _____

() Encaminhado a Unidade de Saúde da Família. Qual? _____

18. PRÉ-DIAGNÓSTICO (CID 10): _____ **REAVALIAR EM:** _____

ANEXO VIII – TESTE DE FAGERSTRÖM

1 - Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro? _____ ()

Dentro de 5 minutos = 3

Entre 6-30 minutos = 2

Entre 31-60 minutos = 1

Após 60 minutos = 0

2 - Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc.? _____ ()

Sim = 1

Não = 2

3 - Qual cigarro do dia traz mais satisfação? _____ ()

O primeiro da manhã = 1

Outros = 0

4 - Quantos cigarros você fuma por dia? _____ ()

Menos de 10 = 0

De 11 a 20 = 1

De 21 a 30 = 2

Mais de 31 = 3

5 - Você fuma mais frequentemente pela manhã? _____ ()

Sim = 1

Não = 0

6 - Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
_____ ()

Sim = 1

Não = 0

Conclusão sobre o grau de dependência:

De Zero a 02 pontos = muito baixo

De 03 a 04 pontos = baixo

05 pontos = médio

De 06 a 07 pontos = elevado

De 08 a 10 pontos = muito elevado

Uma soma acima de 06 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

ANEXO IX – DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA

ENTREVISTA PARA DIRETORES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

1 – O que você compreende por matriciamento?

2 – Que formas de acompanhamento ou avaliação são adotadas com relação às ações de saúde mental na sua área de abrangência?

Não é feito atendimento ()

Não existe nada instituído para avaliação ()

Existe instituído no ESF () especificar _____

3 – Há equipes matriciadas para atendimento em saúde mental?

Sim () quantas? _____

Não trabalhamos com pacientes psiquiátricos ()

4 – Há construção do Plano Terapêutico Singular para os pacientes da unidade?

Sim () Não ()

5 – Fale-me de sua unidade de saúde e do perfil de atendimento de sua área de abrangência.

6 – Quais são as articulações existentes entre as ações desenvolvidas por essa equipe com os demais serviços da rede municipal de saúde para resolver os problemas e demandas de saúde do usuário de saúde mental inscrito neste serviço? Comente a referência e a contrarreferência para estes casos e a continuidade do plano terapêutico do usuário.

7 – O que a experiência do trabalho nesse serviço, hoje territorializado, tem esclarecido sobre as reais possibilidades e desafios no tratamento do usuário da Saúde Mental?

8 – O que os territórios têm revelado de solução ou impedimento, invenção ou inércia na condução terapêutica dos casos por você atendida?

9 – A que você atribui a permanência ou não do usuário na área de abrangência?

10 – Indique dois casos considerados exitosos quando referenciados para a área de abrangência e dois casos de usuários que não conseguiram se vincular no seu território de origem.

ANEXO X – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

TABELA I: MEDICAMENTO SOB CONTROLE ESPECIAL PADRONIZADO

ITEM	MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
1	Cloridrato de Amitriptilina	Comprimido 25mg
2	Cloridrato de Biperideno	Comprimido 2mg
3	Carbamazepina	Comprimido 200mg
4	Carbamazepina	Xarope 20 mg/ml
5	Carbonato de lítio	Comprimido 300mg
6	Cloridrato de Clomipramina	Comprimido 10mg
7	Cloridrato de Clomipramina	Comprimido 25mg
8	Cloridrato de Clomipramina	Comprimido 75mg
9	Clonazepam	Solução oral 2,5mg/ml
10	Clonazepam	Comprimido 2mg
11	Cloridrato de Clorpromazina	Comprimido 25mg
12	Cloridrato de Clorpromazina	Comprimido 100mg
13	Cloridrato de Clorpromazina	Solução oral 40mg/ml
14	Diazepam	Comprimido 5mg
15	Diazepam	Comprimido 10mg
16	Fenitoína sódica	Comprimido 100mg
17	Fenitoína sódica	Suspensão oral 25mg/ml
18	Fenobarbital	Comprimido 100mg
19	Fenobarbital	Solução oral 40mg/ml
20	Cloridrato de Fluoxetina	Cápsula ou comprimido de 10mg
21	Cloridrato de Fluoxetina	Cápsula ou comprimido de 20mg
22	Haloperidol	Comprimido de 1mg
23	Haloperidol	Comprimido de 5mg
24	Haloperidol	Solução oral 2mg/ml
25	Decanoato de Haloperidol	Solução injetável 50mg/ml
26	Cloridrato de Nortriptilina	Cápsula 10mg
27	Cloridrato de Nortriptilina	Cápsula 25mg
28	Cloridrato de Nortriptilina	Cápsula 50mg

29	Cloridrato de Nortriptilina	Cápsula 75mg
30	Cloridrato de Prometazina	Comprimido 25mg
31	Cloridrato de Tiamina	Comprimido 300mg
32	Valproato de sódio ou ácido valpróico	Cápsula ou comprimido 288mg (equivalente a 250mg ácido valpróico)
33	Valproato de sódio ou ácido valpróico	Comprimido 576mg (equivalente a 500mg ácido valpróico)
34	Valproato de sódio ou ácido valpróico	Solução oral ou xarope 57,624 mg/ml (equivalente a 50mg ácido valpróico)

TABELA II: MEDICAMENTO ANTIDEPRESSIVO

ANTIDEPRESSIVOS			
Medicamento	Dose Inicial (mg)	Dose Terapêutica (mg/dia)	Observações
TRICÍCLICOS			
Amitriptilina	25mg + 25mg a cada 2-3 dias até atingir o nível terapêutico	50 – 300	- Maior tendência à sedação e cardiotoxicidade. - Evitar em idosos. - Várias indicações na clínica médica (polineuropatia periférica, dor crônica etc.).
Clomipramina	25mg + 25mg a cada 2-3 dias até atingir o nível terapêutico	50 – 300	Boa indicação também para transtornos de ansiedade. Usualmente doses menores são necessárias no transtorno do pânico e maiores no TOC.
Imipramina	25mg + 25mg a cada 2-3 dias até atingir o nível terapêutico	50 – 300	Observar interações medicamentosas.
INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA			
Fluoxetina	20	5 – 80	Meia-vida: longa; observar interações medicamentosas.
Nortriptilina	25	-	-

TABELA III: MEDICAMENTO ANTIPSICÓTICO

ANTIPSICÓTICOS			
Medicamento	Dose Inicial (mg)	Dose Terapêutica (mg/dia)	Observações
BAIXA POTÊNCIA			
Clorpromazina	25	50 – 1200	- Evitar uso em idosos e pessoas com epilepsia. - Sedativa. - Risco de hipotensão.
Levomepromazina	25	25 – 600	- Evitar o uso em idosos e pessoas com epilepsia. - Muito sedativa. - Risco de hipotensão.
Tioridazina	25 - 50	50 – 600	- Sedativa. - Ganho de peso importante.
ALTA POTÊNCIA			
Haloperidol	1	2 – 20	- Atentar para efeitos motores. Disponível também na formulação de depósito, aplicado a cada 3 semanas (1 amp. IM/mês = 2,5 mg VO/dia).
Haloperidol decanoato	-	-	-
ATÍPICOS			
Risperidona	-	2 – 8	- Pode causar sintomas motores em doses mais elevadas. - Sedativa; poucos efeitos anticolinérgicos. - Boa escolha para crianças e idosos.
Olanzapina	-	5 – 20	- Sedativa. - Ganho de peso. - Alto custo.
Sulpirida	-	200 – 1000	- Por vezes utilizada em associação a outros atípicos.

TABELA IV: MEDICAMENTO ESTABILIZADOR DE HUMOR

ESTABILIZADOR DE HUMOR			
Medicamento	Dose Inicial (mg)	Dose de Manutenção (mg/dia)	Observações
Carbonato de lítio	900	900 - 1200	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar com 300mg, 02 vezes ao dia, sendo possível aumentar no dia seguinte para 300mg, 03 vezes ao dia, aumentando mais conforme necessidade. - Após estabilização de dose oral, é possível utilizar dose total em uma única tomada, de acordo com tolerância. - Dosagem sérica: 0,6 a 0,8mEq/l em fase de manutenção; 0,8 a 1,2 mg/l em fase aguda. Deve ser medida após 05 dias de estabilização da dose oral. Coletar sangue 12 horas após a última tomada.
Carbamazepina	200-400	400 –1200	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar com 200 mg à noite e aumentar 200 mg a cada 02 dias para evitar efeitos colaterais. - Dosagem sérica: 8 - 12 µg/mL. Coletar sangue 12 horas após a última tomada induz o próprio metabolismo, diminuindo sua meia-vida com uso crônico. - É necessário rever dosagem periodicamente e, por vezes, dividir dose em até 3-4x/dia.
Ácido valproico	500 - 750	1000 - 3000	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar com 250mg/dia e aumentar 250mg a cada 3 a 4 dias para evitar efeitos colaterais, divididos em 2 a 3 tomadas diárias. - Dosagem sérica: 45 e 125µg/ml. - Embora a dose máxima proposta seja 1.800mg/dia, alguns pacientes podem precisar de até 3g/dia para atingir níveis séricos terapêuticos. Não ultrapassar 60mg/kg/dia.

TABELA V: MEDICAMENTO BENZODIAZEPÍNICO

BENZODIAZEPÍNICOS			
Medicamento	Dose Inicial (mg)	Dose Terapêutica (mg/dia)	Observações
Diazepam	5	10	- Perfil ansiolítico/insônia terminal. - Em caso de prescrição IM, a absorção é lenta e variável.
Clordiazepóxido		5 - 75	- Perfil ansiolítico/insônia terminal.
Lorazepam	0,5 – 2	0,5 - 6	- Perfil intermediário. - Útil em pacientes com graus leves de insuficiência hepática (por ser eliminado por via renal).
Clonazepam	0,25 – 0,5	2-4	- Perfil intermediário. - Por vezes utilizado no tratamento da epilepsia.
Bromazepam	3	1,5 - 20	- Perfil indutor do sono.
Alprazolam		0.5-2	- Perfil indutor do sono. - Útil em transtornos ansiosos, principalmente no transtorno do pânico.

TABELA VI: RESUMO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS

Transtorno	Medicamento	Apresentação	Posologia (mg/dia)
Esquizofrenia	Haloperidol	Comp. 5 mg	5 a 15
	Haloperidol	Sol. 4%	10 gts = 1 mg
	Haloperidol decanoato	Ampola 40 mg	50 mg cada 30 dias
	Clorpromazina	Comp. 25 mg	400 a 600
	Clorpromazina Biperideno Tioridazina	Comp. 100 mg Comp. 2 mg -	400 a 600 2 a 6 -
Transtorno Afetivo Bipolar	Haloperidol	Comp. 5 mg	5 a 15
	Carbamazepina	Comp. 200 mg	400 a 800
	Carbonato Lítio	Comp. 300 mg	900 a 1.200
	Imipramina	Comp. 25 mg	75 a 200
	Ácido Valpróico Fluoxetina	Caps. 250 mg Comp. 20 mg	750 a 1.500 20 a 60
Transtorno Depressivo	Amitriptilina	Comp. 25 mg	75 a 200
	Imipramina Fluoxetina	Comp. 25 mg Comp. 20 mg	75 a 200 20 a 60
	Clomipramina	Comp. 25 mg	75 a 200
	Transtorno Obsessivo Compulsivo	Nortriptilina Fluoxetina	Comp. 25 mg Comp. 20 mg
Clomipramina		Comp. 25 mg	75 a 200
Clonazepan Imipramina		Comp. 2 mg Comp. 25 mg	2 a 6 50 a 250
Transtorno de Pânico		Diazepan	Comp. 5 mg
	Fluoxetina Clomipramina	Comp. 20 mg Comp. 25 mg	20 a 60 10 a 150
	Clonazepan	Comp. 2 mg	2 a 6
	Álcool e Drogas	Amitriptilina Carbamazepina	Comp. 25 mg Comp. 200 mg
Diazepan		Comp. 5 mg	10 a 60
Haloperidol Tiamina		Comp. 5 mg Comp. 300 mg	2 a 10 300/mês
Clonazepan		Comp. 2 mg	2 a 6

APÊNDICE I - HIDROCAPS

Apresentação

O presente projeto básico tem por designação “HidroCAPS”, se refere as atividades de práticas corporais na modalidade de hidroginástica, como proposta terapêutica para usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Porto Velho (Três Marias).

Justificativa

A hidroginástica foi descoberta como uma maneira segura de prática de atividade física que não causa danos articulares e que proporciona a seus praticantes bem-estar físico e mental (BONCHELA, 1967). Desta maneira ganhou vários adeptos, podendo ser praticada por pessoas de diversas faixas etárias (BARBOSA, 2009).

As vantagens de se praticar a hidroginástica são inúmeras, entre os benefícios físicos estão “melhora do condicionamento cardiorrespiratório, melhora da força muscular, melhora da coordenação motora, maior domínio corporal, aumento da flexibilidade e diminuição de peso” (Barbosa, p.8, 2009) e entre os benefícios mentais destacam-se:

1. Faz bem ao ego das pessoas, sentem-se ativas, confiantes, capazes de vencer dificuldades;
2. O bem-estar físico e mental proporciona uma vida saudável;
3. Proporciona a integração e a socialização;
4. Estimula autoconfiança, a pessoa passa a sentir-se segura dentro da água;
5. Diminui a ansiedade - estar sempre de bem com a vida;
6. O aprendizado de novas habilidades traz satisfação pessoal; e,
7. Passar a conhecer melhor seu corpo, suas limitações. (Bonachela, p.18,1967).

Somando-se a isto, ROCHA (2001 *apud* NAKAGAVA; RABELO, 2007) afirma que a hidroginástica também proporciona uma significativa ajuda na autoestima. McAuley (2001) analisou os efeitos psicossociais de um programa de exercícios físicos de seis meses em pessoas de terceira idade e constatou que os exercícios aumentaram o nível de autoestima, eficácia e bem-estar das pessoas envolvidas no programa e melhoraram as funções cognitivas como atenção, concentração e memória.

Diante do exposto e em conformidade com a Portaria/GM 336/02, art.4º, inciso 4.2.1, alínea “b” que inclui entre a assistência prestada nos CAPS o tratamento em grupo, o presente projeto visa instituir no serviço de hidroginástica (já uma rotina realizada semanalmente), um

novo processo de trabalho considerando a atenção em saúde de usuários a intencionalidade da reabilitação e reinserção social.

Objetivo

O objetivo do projeto “HidroCAPS” supera os benefícios estéticos e corporais tendo como meta principal o bem-estar mental e a socialização dos pacientes que sofrem com transtornos mentais.

Objetivos Específicos

- Ampliar o repertório de habilidades;
- Aumentar a autonomia e contratualidade de usuários e familiares;
- Romper com isolamento;
- Ser um espaço de promoção de saúde e bem-estar;
- Promover a inserção social e reabilitação psicossocial.

Público Alvo

Preferencialmente usuários deste CAPS II Porto Velho (Três Marias), que sofrem de transtorno mental severo e persistente e que tenham condições psicológicas para realizar tal atividade.

Princípios Básicos

- Utilizar a prática corporal como técnica, com finalidade e um propósito definido;
- Atender o usuário integralmente e de forma holística;
- Centrar nas estratégias que inclua indivíduos e famílias em seu contexto social;
- Ações em saúde com base na desinstitucionalização;
- Priorizar o processo criativo e a desinstitucionalização;
- Priorizar a clínica psicossocial (multiprofissional e interdisciplinar);
- Visar à integração e a socialização de indivíduos, grupos e familiares; e,
- Utilizar os múltiplos recursos terapêuticos articulando equipe de profissionais, usuários e familiares para maior resolubilidade.

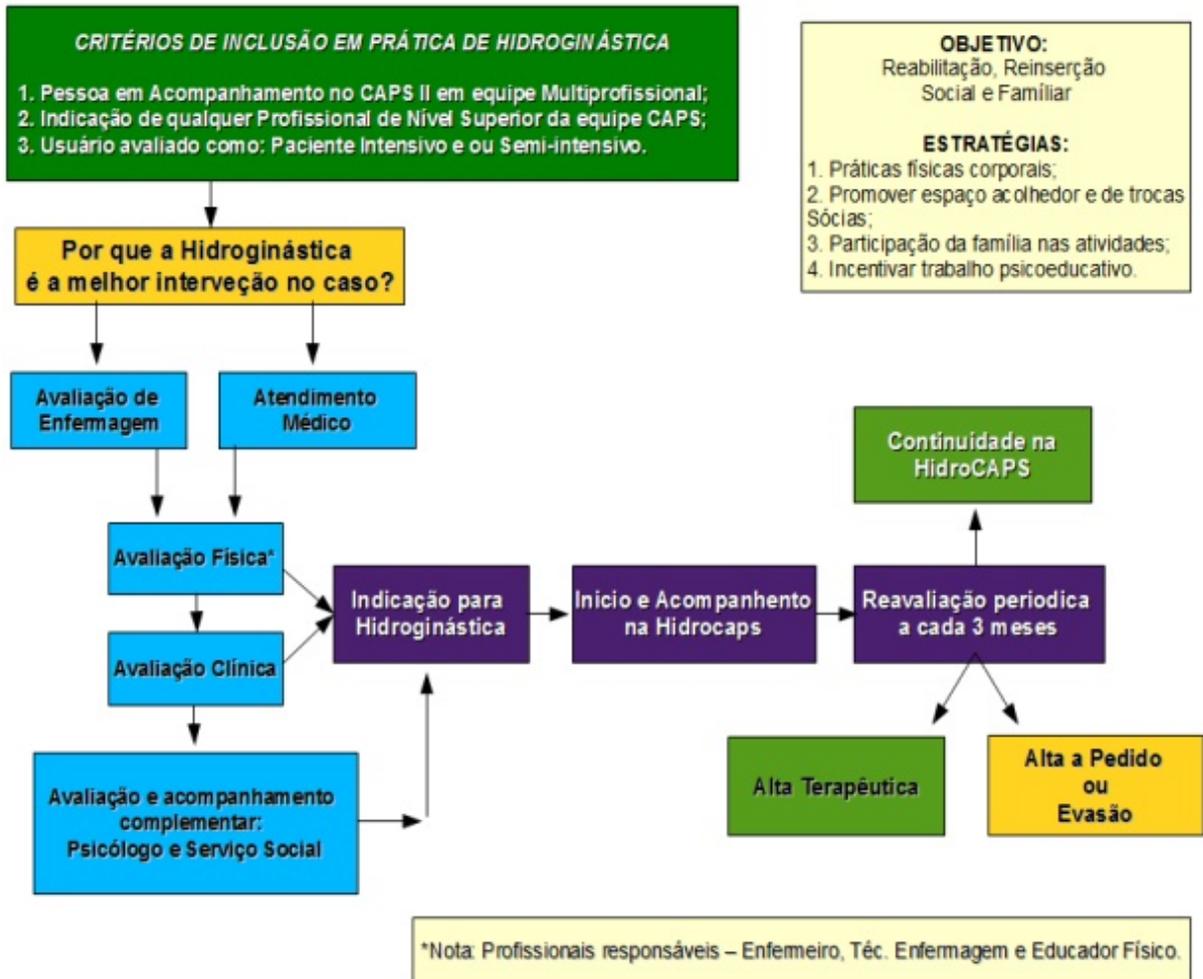
Processo de Trabalho em Clínica Psicossocial

Fases e Etapas:

1. Acolhimento;
2. Avaliação e Classificação de Risco;
3. Elaboração do Plano Terapêutico Individual ou Singular;

4. Inclusão em Oficina Terapêutica: Prática Corporal de Hidroginástica; e,
5. Reabilitação Psicossocial.

FIGURA X: FLUXOGRAMA DO MANEJO CLÍNICO INSTITUCIONAL



Equipe Multiprofissional

Enfermagem

Realizar consulta de enfermagem, triagem e avaliação física, atentando para presença de micoses e outros problemas dermatológicos. Encaminhará o paciente para a hidroginástica, podendo também solicitar complementarmente avaliação do psicólogo ou psiquiatra.

Serviço Social

Realizará orientações quanto aos pacientes que têm direito ao Passe Livre e outros benefícios que facilitem a adesão à hidroginástica.

Psicologia

Avaliação psicológica e parecer se o paciente tem ou não indicação e condições psicológicas para exercer a hidroginástica ao tempo em que acompanhará melhora/piora clínica.

Clínica Médica

Se o paciente for portador de cardiopatia, será necessário laudo de cardiologista atestando que o mesmo está clinicamente estável para realizar hidroginástica, o mesmo ocorrerá se o paciente tiver doença neurológica e/ou outra(s) comorbidade(s) que incapacite tal atividade. Caso não possua doença de base, será avaliado pelo clínico que poderá solicitar os exames complementares que julgar necessário.

Técnico de Nível Médio

Direcionará o paciente ao profissional que fará avaliação, entregará os prontuários ao professor de Educação Física (não contraindica que o mesmo ou outro profissional faça este processo) e realizará orientações quanto integrantes das turmas, dias e horários das aulas, bem como outras informações necessárias para o bom andamento do projeto Terapêutico.

Profissional Educador Físico

Responsável por realizar anamnese e avaliação física e ministrar as aulas, podendo contar com a ajuda de outro profissional (quando julgar necessário).

Crítérios de inclusão

Prioritariamente o paciente com transtorno mental grave e persistente em regime de tratamento intensivo. Para fim classificatório será considerado intensivo aquele paciente com grave perda social decorrente do estigma e perdas decorrentes de sua doença e isolamento, e comorbidades.

Crêterios de exclusão

Laudo emitido por especialista Cardiologista, Neurologista, Psiquiatra ou outro profissional que contraindiquem a realiza o de hidroginástica. Algumas contraindica es elencadas por Ferreira (2014) são:

- Infec es da pele;
- Radioterapias profundas;
- Doenças renais, nas quais os indivíduos não possam se ajustar   perda hídrica;
- Epiléticos não controlados;
- T mpano perfurado;
- Miocardite recente;
- Embolia pulmonar;
- Insuficiência card fica grave;
- Hipertensão Arterial grave;
- Diabéticos não controlados; e,
- Pessoas com deficiência muito debilitada.

Os critérios temporários serão os usuários com micoses ou que apresentarem alguma altera o pressórica e/ou glic mica na triagem.

Reavalia o Clínica Psicossocial

A reavalia o será trimestral, podendo o paciente receber alta ou repetir o tratamento por um período de igual valor quantas vezes forem necessárias para obten o de melhora psicossocial.

FICHA DE AVALIAÇÃO FÍSICA – CAPS PORTO VELHO

ANAMNESE								
NOME					IDADE		NASCIMENTO	/ /
PESO	Kg	ESTATURA		SEXO		ETNIA		
TIPO SANGUINEO				FATOR RH				
PRESSÃO ARTERIAL				F. C. em REPOUSO	ÚLTIMO CHECKUP			
GLICOSE		COLESTEROL		HDL	LDL	TRIGLICERIDES		
FUMANTE	SIM NÃO	NUMEROS DE CIGARROS		JA FUMOU		PAROU	ANOS	
ALERGIAS	SIM	NÃO	FATOR DESENCADEANTE:					
DOENÇAS ANTERIORES:								
DOENÇAS FAMILIARES:								
CIRUGIAS E INTERNAÇÕES:				LESÕES ANTERIORES:				
EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR:						FONE		
ANAMNESE DE ATIVIDADE FÍSICA								
PRÁTICA ALGUM TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA				QUAL				
QUANTAS VEZES POR SEMANA			DURAÇÃO DA SEÇÃO		INTENSIDADE			
OUTRAS INFORMAÇÕES:								

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	PESO	Kg	ALTURA	cm	RESULTADO
	Abaixo de 17				Muito abaixo do peso
	Entre 17 e 18,49				Abaixo do peso
	Entre 18,5 e 24,99				Peso normal
	Entre 25 e 29,99				Acima do peso
	Entre 30 e 34,99				Obesidade I
	Entre 35 e 39,99				Obesidade II (severa)
	Acima de 40				Obesidade III (mórbida)
RELAÇÃO CINTURA QUADRIL (RCQ)	CINTURA		QUADRIL		RESULTADO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS PARA HOMENS

IDADE	BAIXO	MODERADO	ALTO	MUITO ALTO
20 A 29	$< 0,83$	0,83 A 0,88	0,89 A 0,94	$> 0,94$
30 A 39	$< 0,84$	0,84 A 0,91	0,92 A 0,96	$> 0,96$
40 A 49	$< 0,88$	0,88 A 0,95	0,96 A 1,00	$> 1,00$
50 A 59	$< 0,90$	0,90 A 0,96	0,97 A 1,02	$> 1,02$
60 A 69	$< 0,91$	0,91 A 0,98	0,99 A 1,03	$> 1,03$

CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS PARA MULHERES

IDADE	BAIXO	MODERADO	ALTO	MUITO ALTO
20 A 29	$< 0,71$	0,71 A 0,77	0,78 A 0,82	$> 0,82$
30 A 39	$< 0,72$	0,72 A 0,78	0,79 A 0,84	$> 0,84$
40 A 49	$< 0,73$	0,73 A 0,79	0,80 A 0,87	$> 0,87$
50 A 59	$< 0,74$	0,74 A 0,81	0,82 A 0,88	$> 0,88$
60 A 69	$< 0,76$	0,76 A 0,83	0,84 A 0,90	$> 0,90$

FONTE: APPLIED BODY COMPOSITION ASSESSMENT, PÁGINA 82 ED. HUMAN

APÊNDICE II – REGIMENTO INTERNO DA DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Porto Velho – CMSPV, usando de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelas Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Lei complementar nº 141 de janeiro de 2012, Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, e Lei Complementar Municipal nº 433 de 24 de outubro de 2011, e;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando os Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental, adotados pela resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 17 de Dezembro de 1991;

Considerando a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 336, 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando a Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicada em 2003;

Considerando a Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, publicada no DOU em 28 de outubro de 2004, que dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004;

Considerando a Lei nº 10.876, de 02 de junho de 2004, que cria a carreira de Perícia Médica da Previdência Social, dispõe sobre a remuneração da carreira de supervisor médico pericial do quadro de pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 12.030, de 17 de setembro de 2009, que dispõe sobre as perícias oficiais e dá outras providências;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria GM/MS nº 1.190, 04 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), publicada no DOU em 25 de novembro de 2009, que dispõe da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais;

Considerando o Decreto nº 7.179, Gabinete da Presidência, de 20 de maio de 2010, que Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as recomendações do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando o Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite;

Considerando a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando o Decreto nº 7.426, de 07 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD do

Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa;

Considerando a Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas;

Considerando a Portaria GM/MS, nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução – RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;

Considerando Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua;

Considerando o Decreto nº 7.788, de 2012, que regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social;

Considerando a Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012, que aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS;

Considerando a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, que institui o incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial;

Considerando a Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012, que define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município;

Considerando a Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com

sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e custeio;

Considerando o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas;

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias;

Considerando a Declaração da Saúde Mental pela Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos (CCHR);

Resolve aprovar na 8ª Reunião Ordinária no dia 04 setembro de 2014 o Regimento Interno da Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA, por meio da Resolução nº 016/CMSPV/2014.

DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL
REGIMENTO INTERNO
TÍTULO I
DA CARACTERIZAÇÃO E DOS OBJETIVOS

Art. 1º – A Divisão de Saúde Mental (DSM) encontra-se no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) de Porto Velho ligada ao Departamento de Média e Alta Complexidade (DMAC), constituindo a rede de saúde mental. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como outros Programas. A rede deve funcionar de forma articulada com o SUAS.

Art. 2º – Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPSad) e Infantojuvenil (CAPSi), seguindo parâmetros populacionais para a implantação destes serviços.

§ 1º – Municípios com mais de 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

§ 2º – A composição da rede deve ser definida seguindo estes parâmetros mas também atendendo a realidade local.

Art. 3º – O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), habilitado pela Lei Complementar nº 337 de 06 de maio de 2010 é entidade municipal, jurisdicionada à Secretaria Municipal de Saúde nos termos do Art. 1º da referida Lei.

Art. 4º – O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), habilitado pela Lei Complementar nº 337 de 06 de maio de 2010 é entidade municipal, jurisdicionada à Secretaria Municipal de Saúde nos termos do Art. 1º da referida Lei.

§ 1º – Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

§ 2º – Os CAPS só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 5º – CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características dispostas na Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Art. 6º – CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características dispostas na Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Art. 7º – CAPSad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000.

Art. 8º – CAPSad III – serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características dispostas na Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

I – constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;

II – ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc.);

III – ter disponibilidade para acolher casos novos ou já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, em regime de plantão 24 horas;

IV – condicionar o recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para abrigo noturno, ao prévio contato com a equipe que receberá o caso;

V – produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;

VI – regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros;

VII – promover inserção proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;

VIII – organizar o processo de trabalho do serviço com a equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizando espaços coletivos;

IX – estabelecer profissionais de referência para cada usuário;

X – adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida na lógica de Redução de Danos;

XI – ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPSad III;

XII – promover junto aos usuários e familiares a compreensão das Políticas Públicas, especialmente dos fundamentos legais da Política Pública de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, e da defesa de seus direitos;

XIII – orientar-se pelos princípios da Redução de Danos;

XIV – responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidades psiquiátricas ou clínicas;

XV – compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações em Hospital Geral e outros Pontos de Atenção;

XVI – realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da Região de Saúde;

XVII – funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com vistas a minimizar o sofrimento e a exposição, de acordo com pactuação prévia; e,

XVIII – articula-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário.

Art. 9º – O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), habilitado pela Portaria nº 1.105 de 04 de outubro de 2012 é entidade municipal, jurisdicionada à Secretaria Municipal de Saúde nos termos da referida portaria.

Art. 10 – Ao CAPSi compete:

I – constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinada a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

II – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

III – responsabilizar-se, junto a coordenação do Chefe de Divisão, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

IV – coordenar, por delegação do Chefe de Divisão, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

V – supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

VI – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental, regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

VII – funcionar de 8h00m as 18h00m, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até as 22h00m.

VIII – a assistência prestada ao paciente no CAPSi inclui:

a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d – visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, e atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserções.

TÍTULO II CAPÍTULO I DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL BÁSICA

Art. 11 – As unidades administrativas que constituem a estrutura básica e complementar da Divisão de Saúde Mental são as seguintes:

I – Chefe de Divisão de Saúde Mental;

II – Diretor de Unidade;

III – Gerente Técnico;

IV – Conselho do Plano Terapêutico Global:

- a – Clínico Geral
- b – Psiquiatria;
- c – Enfermagem
- d – Farmácia;
- e – Psicologia;
- f – Serviço Social;
- g – Terapia Ocupacional;
- h – Profissional da Educação de Nível Superior; e,
- i – Outros profissionais de nível superior.

V – Assembleia dos usuários e familiares.

Art. 12 – Cabe ao Chefe de Divisão de Saúde Mental:

I – supervisionar a execução de planos, programas e projetos no âmbito da gestão municipal e em rede intersetorial;

II – coordenar, orientar e executar as ações de atenção psicossocial para pessoas com transtorno mental grave ou severo, e usuários problemáticos de substâncias psicoativas, em seu território de abrangência em saúde;

III – promover, orientar e acompanhar as atividades terapêuticas, culturais e recreativas de reinserção social e profissional dos usuários;

IV – promover e acompanhar ações educativas e preventivas de Saúde Mental na sua área e abrangência;

V – participar da elaboração e da execução do plano municipal de enfrentamento ao Álcool, crack e outras drogas; e,

VI – desenvolver outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

Art. 13 – Cabe ao Diretor de Unidade, entendendo Unidade como: CAPS, CAPSad, CAPSi, Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, Unidade de Acolhimento Adulto, Residências Terapêuticas, etc.:

I – executar os planos, programas e projetos estabelecidos pela Divisão de Saúde Mental;

II – controlar e acompanhar os seguintes indicadores relacionados ao cuidado em Saúde Mental:

a – número de consultas psiquiátricas;

b – número de pacientes em psicoterapia;

c – número de internações psiquiátricas geral;

d – número de internações de psicóticos e neuróticos graves;

e – número de atendimentos realizados por outros profissionais da RAPS;

f – número de pacientes acompanhados pelos programas específicos de Promoção da Saúde e prevenção de doenças.

III – operação dos setores responsáveis por processos burocráticos de suporte ao funcionamento da Unidade e saúde mental

IV – apresentar ao Chefe da Divisão de Saúde Mental, relatórios trimestrais sobre as atividades realizadas no estabelecimento de saúde mental; e,

V – desenvolver outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

Parágrafo Único – O Diretor de Unidade deve ser servidor efetivo com experiência na área de saúde mental e/ou com formação ou capacitação para exercer a referida atividade.

Art. 14 – Cabe ao Gerente Técnico:

I – executar os planos, programas e projetos estabelecidos pela Divisão de Saúde Mental;

II – promover articulação intersetorial voltada à inserção dos usuários em programas direcionados à capacitação, emprego e geração de renda;

III – acompanhar as atividades terapêuticas, culturais e recreativas de reinserção social e profissional dos usuários;

IV – acompanhar o trabalho da equipe de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde;

V – promover reuniões de estudo de caso clínico quinzenalmente e ou semanalmente;

VI – atualizar os protocolos de atenção à saúde mental e o Plano de Trabalho Global;

VII – executar a capacitação de profissionais da RAPS;

VIII – acompanhar a construção e evolução dos Planos Terapêutico Individual ou Singular (PTIS); e,

IX – desenvolver outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

Parágrafo Único – O Gerente Técnico deve ser servidor efetivo lotado no referido Ponto de Atenção Psicossocial com experiência na área de saúde mental e/ou com formação ou capacitação para exercer a referida atividade.

Art. 15 – Conselho do Plano de Trabalho Global (CPTG) é formado por servidores públicos da saúde lotados no referido Ponto de Atenção Psicossocial.

§ 1º – O CPTG reunir-se-á ordinariamente uma vez a cada seis meses, extraordinariamente, sempre que necessário.

§ 2º – O CPTG estabelecerá o Plano de Trabalho Global para o ano e reavaliando o PTG à cada seis meses. Cabe ao CPTG inserir suas propostas junto a Chefia da Divisão de Saúde Mental para compor o Plano de Ação Anual (PAS) a ser seguido pelo Gestor de Saúde

Municipal. Inclusive reunir-se-á semanalmente e/ou quinzenalmente para discussão de casos e para estabelecer o Plano de Terapêutico Individual ou Singular (PTIS) de cada paciente.

§ 3º – CPTG reavaliará os casos em acompanhamento (PTIS), inclusive discutindo o diagnóstico psiquiátrico e as devidas intervenções que o caso necessite, em âmbito inclusive familiar.

Art. 16 – Assembleia dos usuários e familiares:

I – a assembleia será coparticipativa, ocorrendo semestralmente com os Usuários, Familiares e Trabalhadores da Saúde Mental;

II – a assembleia dos usuários e familiares é um espaço democrático em que todos os participantes têm voz ativa na construção de cuidados em saúde mental e de cidadania;

III – a assembleia dos usuários e familiares discute sobre a importância do fortalecimento da RAPS em Porto Velho; e,

IV – a assembleia dos usuários e familiares pode e deve promover a criação de associações de usuário no âmbito municipal.

TÍTULO II CAPÍTULO II DOS RECURSOS HUMANOS E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 17 – São profissionais da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS:

- a – Médico Clínico e/ou Psiquiatra;
- b – Psicólogo;
- c – Enfermeiro;
- d – Farmacêutico;
- e – Assistente Social;
- f – Terapeuta Ocupacional; e,
- g – Profissional da Educação de Nível Superior.

Art. 18 – Cabe ao médico clínico – psiquiatra:

I – atuar em equipe multiprofissional, na elaboração de diagnóstico e atividades de prevenção e promoção da saúde.

II – examinar o cliente, por meio da observação e o desenvolvimento da empatia e escuta, para situar a problemática conflitiva do paciente para elaborar o diagnóstico;

III – encaminhar o paciente a sessões de psicoterapia individual ou de grupo, baseando-se nas necessidades e nas indicações para o caso;

IV – planejar a orientação e execução de programas de higiene mental;

V – prescrever tratamento medicamentoso e avaliação psiquiatra;

VI – receber e examinar os pacientes de sua especialidade, auscultando, palpando, inspecionando, percutindo, ou utilizando instrumentos especiais, para determinar o diagnóstico ou conforme necessidades requisitar exames complementares (de imagem e/ou laboratoriais) ou encaminhar o paciente para outra especialidade médica;

VII – analisar e interpretar resultados de exames diversos, tais como de laboratório, Raios-X e outros para informar ou confirmar diagnóstico;

VIII – prescrever medicamentos, indicando a dosagem, a posologia, a apresentação e a respectiva via de administração dos mesmos;

IX – prestar orientações aos pacientes sobre meios e atitudes para restabelecer ou conservar a saúde;

X – anotar e registrar em fichas específicas, o devido registro sobre os pacientes examinados, anotando conclusões diagnósticas, evolução da enfermidade e meios de tratamento, para dar a orientação terapêutica adequada a cada caso;

XI – atender determinações legais, emitindo atestados conforme a necessidade de cada caso;
e,

XII – participar de inquéritos sanitários, levantamentos de doenças profissionais, lesões traumáticas e estudos epidemiológicos, elaborando e/ou preenchendo formulários próprios e estudando os dados estatísticos, para estabelecer medidas destinadas a reduzir a morbidade e mortalidade decorrentes de acidentes do trabalho, doenças profissionais e doenças de natureza não ocupacionais.

Art. 19 – Cabe ao psicólogo:

I – participar ativamente em equipe multidisciplinar e interdisciplinar;

II – participar da equipe multiprofissional, em atividades de pesquisas e de projetos, de acordo com padrões técnicos propostos, visando o incremento, o aprimoramento e o desenvolvimento de áreas de trabalho e de interesse da Prefeitura Municipal;

III – elaborar, coordenar e acompanhar as ações de psicologia nas atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em Saúde Mental;

IV – elaborar e atualizar normatizações, manuais, protocolos e rotinas, em todos os níveis de atenção, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde e compatíveis com as legislações que regulamentam a profissão de psicólogo;

V – realizar acompanhamento terapêutico quando necessário, em visita domiciliar em equipe multiprofissional.

VI – proceder ao estudo e avaliação dos mecanismos de comportamento humano, elaborando e aplicando técnicas psicológicas, para a determinação de características afetivas, intelectuais e motoras e outros métodos de verificação;

VII – possibilitar a orientação junto ao Serviço Social na instituição ou na rede de assistência no sentido da melhor reinserção social e produtiva, geração de emprego e renda;

VIII – emitir parecer técnico, programar, desenvolver, e acompanhar serviços;

IX – avaliar pacientes, utilizando métodos e técnicas próprias, analisando, diagnosticando e emitindo parecer técnico, para acompanhamento, atendimento ou encaminhamento a outros serviços especializados;

X – prestar atendimento psicológico de ordem psicoterápica e ou de curso preventivo, por meio de sessões grupais e individuais no âmbito da saúde coletiva;

XI – diagnosticar a existência de possíveis problemas na área da psicomotricidade, disfunções cerebrais mímicas, disritmias, dislexias e outros distúrbios psíquicos, aplicando e interpretando provas e outros reativos psicológicos, para aconselhar o tratamento ou a forma de resolver as dificuldades momentaneamente;

XII – participar por meio de atividades com a família e comunidade, visando o esclarecimento e coparticipação;

XIII – colaborar nos serviços de assistência social, analisando e diagnosticando casos na área de sua competência;

XIV – participar na elaboração de normas programáticas de materiais e de instrumentos necessários à realização de atividades da área, visando dinamizar e padronizar serviços para atingir objetivos estabelecidos; e,

XV – executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

Art. 20 – Cabe ao enfermeiro:

I – coordenar, acompanhar e avaliar as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde mental referente à assistência de enfermagem aos usuários;

II – participar da elaboração e da manutenção de manuais de rotinas técnico-administrativas, cartilhas e protocolos de procedimentos da assistência de enfermagem aos usuários;

III – participar ativamente em equipe multidisciplinar e interdisciplinar;

IV – planejar, organizar, supervisionar e executar serviços de enfermagem empregando processos de rotina e ou específicos que possibilitem a proteção e a recuperação da saúde individual e coletiva;

V – identificar as necessidades de enfermagem, programando e coordenando as atividades da equipe de enfermagem, visando a preservação e recuperação da saúde;

VI – elaborar plano de enfermagem, baseando-se nas necessidades identificadas, para determinar a assistência a ser prestada pela equipe;

VII – supervisionar a equipe de trabalho da enfermagem em todos os segmentos para manter uma adequada assistência aos clientes com eficiência, qualidade e segurança;

VIII – executar diversas tarefas de enfermagem de maior complexidade, valendo-se de seus conhecimentos técnicos científicos, para proporcionar o maior grau possível de bem-estar físico, mental e social aos seus pacientes;

IX – participar na elaboração, execução e avaliação dos planos, de saúde, visando a melhoria da qualidade da assistência;

X – supervisionar, caso haja necessidade, a distribuição de medicamentos valendo-se de prescrição médica da Farmácia Básica – CAPS;

XI – manter uma previsão a fim de requisitar materiais e medicamentos necessários, para assegurar o desempenho adequado dos trabalhos de enfermagem;

XII – realizar reuniões de orientação e avaliação, visando o aprimoramento da equipe de trabalho;

XIII – proceder com anamnese de Saúde Mental, avaliação de sinais e sintomas e em casos de urgência prestar atendimento junto a equipe médica; e,

XIV – realizar visita domiciliar multiprofissional quando o caso necessário, para avaliação, diagnóstico, acompanhamento e cuidados em Saúde Mental;

XV – executar outras atividades conforme sua área de atuação.

Art. 21 – Cabe ao farmacêutico:

I – controlar a dispensação de medicamentos;

II – avaliar, discutir a resolução de casos clínicos;

III – participar ativamente em equipes multidisciplinares;

IV – controlar o dispêndio Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM):

a – Medicamentos sujeitos a receita médica especial; e

b – Medicamentos de receita médica restrita.

V – elaboração de relatórios estatísticos referentes às atividades desenvolvidas;

VI – desenvolver e executar ações de promoção da saúde;

VII – dispor de medicamentos genéricos aos prescritos de uso comercial;

VIII – orientar aos usuários quanto ao uso, importância e a que se destinam os medicamentos prescritos (não associação com o álcool); e,

VIV – observar medicamentos em estoque, observando lote e data de validade.

Art. 22 – Cabe ao assistente social:

I – participar ativamente em equipe multidisciplinar e interdisciplinar;

II – prestar serviços de âmbito social a indivíduos e grupos, identificando e analisando seus problemas e necessidades materiais e de outra ordem, aplicando métodos e processos básicos do serviço social para prevenir ou eliminar desajustes de natureza biopsicossocial e promover a inclusão social do usuário;

III – estudar e analisar as causas de desajustamento e risco social, estabelecendo planos de ações em saúde mental coletiva voltada a comunidade;

IV – aconselhar e orientar indivíduos e familiares afetados em seu equilíbrio emocional para conseguir o seu ajustamento ao meio social;

V – Realizar e participar de atividades em grupo, tal como palestras, grupo de sala de espera e de acolhimento, oficinas terapêuticas;

VI – ajudar as pessoas que estão em dificuldades decorrentes de problemas psicossociais, considerando as vulnerabilidades, como idosos, gestantes, crianças/adolescentes carentes ou em conflito com a lei, ou em momento de crise familiar;

VII – elaborar diretrizes, atos normativos e programas de assistência social, promovendo atividades educativas, recreativas e culturais, para assegurar o progresso e melhoria coletiva e de indivíduos;

VIII – assistir as famílias abrangidas pelo CAPS nas suas necessidades básicas, orientando-as e fornecendo-lhes suporte material, educacional, saúde e de outra natureza, para melhorar sua situação e possibilitar uma convivência harmônica entre os seus membros;

IX – elaborar e emitir pareceres socioeconômicos e ou relatórios periódicos a equipe ou quando solicitado;

X – participar de programas de reabilitação profissional, promover a integração ou reintegração profissional de pessoas física ou mentalmente deficientes por doenças ou acidentes decorrentes ou não do trabalho; e,

XI – executar outras tarefas correlatas ao cargo e/ou determinadas pelo superior imediato.

Art. 23 – Cabe ao terapeuta ocupacional:

I – participar de equipe multiprofissional para elaboração de diagnóstico e atividades de prevenção e promoção de saúde;

II – atuar em na área de saúde mental, na prevenção, tratamento e reabilitação de atividades de vida diária e autocuidado;

III – atuar em ambulatório na área de saúde mental;

IV – realizar visitas domiciliares em casos especiais; e,

V – atender pacientes para prevenção, tratamento e reabilitação, utilizando protocolos e procedimentos específicos de terapia ocupacional;

VI – Realizar e participar de atividades em grupo, tal como palestras, grupo de sala de espera e de acolhimento, oficinas terapêuticas.

Art. 24 – Cabe ao profissional da Educação de Nível Superior:

§ 1º – Sendo este um pedagogo:

I – implantar, coordenar e avaliar projeto pedagógico e/ou andragógico nas oficinas terapêuticas e em todas as etapas do processo de reabilitação;

II – assessorar técnico pedagogicamente no planejamento, desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de atividades da RAPS;

III – coordenar reuniões pedagógicas e/ou andragógicas com pais e profissionais de outros segmentos;

IV – promover integração entre família, escola e comunidade;

V – elaborar relatórios e laudos técnicos em sua área de especialidade;

VI – participar, conforme a política interna da Instituição, de projetos, cursos, eventos, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão.

VII – participar ativamente em equipes multidisciplinares; e,

VIII – executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.

§ 2º – Sendo este um educador físico:

I – promover ações ligadas à Atividade Física e Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território;

II – veicular informação que visam à prevenção, minimização dos riscos e proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;

III – Realizar e participar de atividades em grupo, tal como palestras, grupo de sala de espera e de acolhimento, oficinas terapêuticas;

IV – incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio de atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais;

V – contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social;

VI – identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais;

VII – articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais; e,

IX – promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física e Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população.

Art. 25 – Cabe ao assistente administrativo:

I – prestar atendimento e esclarecimentos ao público interno e externo, pessoalmente, por meio de ofícios e memorandos ou através das ferramentas de comunicação que lhe forem disponibilizadas;

II – realizar agendamento de consultas eletivas conforme solicitada pela equipe multidisciplinar do CAPS;

III – fazer abertura de prontuários e livros e efetuar o devido registro.

IV – fortalecer as comunicações internas e externas referentes aos serviços prestados pelo CAPS mediante a utilização dos meios postos à sua disposição, tais como esclarecimentos as pessoas e instituições que buscarem o CAPS por demanda espontânea, por telefone, correio eletrônico, entre outros;

V – redigir textos, ofícios, relatórios e correspondências, com observância das regras gramaticais e das normas de comunicação oficial;

VI – organizar, classificar, registrar, selecionar, catalogar, arquivar e desarquivar documentação;

VII – controlar Prontuários, documentos oficiais, relatórios, periódicos e outras publicações e registrar a entrega de material em livros próprios;

VIII – operar computadores e demais ferramentas de informática, utilizando adequadamente os programas e sistemas;

IX – prestar informações postas à sua disposição, contribuindo para os processos de automação, alimentação de dados e aplicação das rotinas de trabalho relativas à sua área de atuação;

X – realizar procedimentos de controle de estoque, inclusive verificando o manuseio de materiais de penso, expediente, impressos e em geral, observando os prazos de validade e as condições de armazenagem;

XI – colaborar em levantamentos e pesquisas para a formulação de planos, programas, estatísticas, projetos, campanhas e ações relacionadas ao CAPS;

XII – zelar pela guarda e conservação dos materiais e equipamentos de trabalho;

XIII – ter iniciativa e contribuir para o bom funcionamento da unidade em que estiver desempenhando as suas tarefas;

XIV – propor à chefia imediata providências para a consecução plena de suas atividades, inclusive indicando a necessidade de aquisição, substituição, manutenção e reparo de materiais e equipamentos; e,

XV – executar outras tarefas correlatas ao cargo e/ou determinadas pelo superior imediato.

Art. 26 – Cabe ao técnico em Enfermagem:

I – orientar os pacientes prestando informações relativas à higiene, alimentação e cuidados específicos relacionados a saúde em sua promoção e prevenção de riscos e danos em Saúde Mental;

II – auxiliar no acompanhamento aos usuários e familiares do CAPS e revisar o autocuidado do cliente;

III – aferir os sinais vitais (verificar temperatura, pressão arterial, etc.) e realizar o levantamento do peso, além de manter seu registro e atualização do Prontuário do paciente;

IV – administrar medicamentos prescritos e a pedido médico (via oral e injetável);

V – realizar e participar de atividades em grupo, tal como palestras, grupo de sala de espera e de acolhimento, oficinas terapêuticas;

VI – recepcionar as pessoas que procuram os serviços;

VII – quando solicitado agendar os usuários para os respectivos profissionais;

VIII – auxiliar na execução de feiras e eventos para realização de venda de trabalhos feitos pelos grupos, bem como receber encomendas dos mesmos;

IX – ajudar na orientação dos pacientes e das famílias sobre o uso racional da medicação, adesão ao tratamento, autocuidado, prevenção a recaídas, reinserção social e diminuição do estigma; e,

X – executar outras tarefas correlatas ao cargo e/ou determinadas pelo superior imediato.

Art. 27 – Cabe ao auxiliar de farmácia:

I – receber, conferir, organizar e encaminhar medicamento e produtos correlatos;

II – entregar medicamentos diariamente no atendimento ao público assistido;

III – fracionar, separar, acondicionar e etiquetar medicamentos ou produtos correlatos;

IV – fracionar comprimidos, cápsulas e drágeas em embalagens apropriadas com a devida identificação;

V – organizar e manter o estoque de medicamentos ordenando as prateleiras;

VI – esclarecer dúvidas e fornecer orientações gerais, para a equipe de saúde, sobre normas para retirada e utilização de documentação para prescrição, dispensa e registro de medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial;

VII – efetuar registros e controle manual ou utilizando computador, de produtos que contenham substâncias sujeitas a controle especial;

VIII – manter em ordem e higiene os materiais e equipamentos sob sua responsabilidade no trabalho;

IX – cumprir ordens de serviços e portarias da ANVISA e afins; e,

X – executar outras tarefas correlatas ao cargo e/ou determinadas pelo superior imediato.

Art. 28 – Cabe ao auxiliar de serviços gerais:

I – executar tarefas de limpeza nas dependências de unidades, varrendo e encerando, espanando e polindo móveis, limpando carpetes, paredes, vidros e outros, utilizando materiais próprios;

II – realizar a limpeza de banheiros, varrendo, limpando e desinfetando, promovendo a substituição de toalhas e papéis, para manter a higiene necessária;

III – controlar o consumo de material de limpeza, solicitando a reposição quando necessário;

IV – fiscalizar a higiene do bebedouro e utensílios do CAPS;

V – controlar o uso de materiais de limpeza, higiene e alimentação mensal;

VI – auxiliar na transmissão de noções de limpeza, modos à mesa e convívio social nos ambientes da cozinha e refeitório aos pacientes;

VII – desempenhar outras atividades correlatas; e,

VIII – executar outras tarefas correlatas ao cargo e/ou determinadas pelo superior imediato.

TÍTULO III CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

Art. 29 – A atenção integral ao usuário na RAPS inclui as seguintes atividades:

I – trabalhar de portas abertas, com acolhimento diário, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, com trabalhadores de formação superior e/ou média, priorizando a desinstitucionalização e reinserção social, e redução de danos à saúde;

II – atendimento coletivo, individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;

III – oferta de medicação assistida e dispensada;

IV – atendimento em grupos para educação em saúde, grupo operativo ou psicoeducativo, psicoterapia, mutua ajuda e atividades de suporte social, dentre outras;

V – oferta de oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível médio e superior, bem como pacientes capacitados e habilitados a trabalhar como facilitadores;

VI – visitas, monitoramento e atendimentos domiciliares;

VII – atendimento à família, individual e em grupo;

VIII – atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, reinserção escolar, acesso à vida cultural, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros; e,

IX – estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras.

Art. 30 – Seguirá os seguintes princípios norteadores na Atenção a Saúde Mental:

I – a determinação de um transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões clínicos aceitos internacionalmente.

II – um transtorno mental nunca deverá ser feita com base no status econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

III – nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa.

IV – uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de um transtorno mental.

V – nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas consequências.

VI – nenhuma pessoa será obrigada a submeter-se a exame médico com o objetivo de determinar se apresenta ou não um transtorno mental, a não ser em casos que estejam de acordos com os procedimentos autorizados por legislação específica.

VII – deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes princípios à confidencialidade das informações que lhes concernem.

VIII – todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo a sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível. Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.

IX – todo usuário terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde.

X – todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.

XI – o tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

XII – a assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.

XIII – o tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal e cidadania.

XIV – todo usuário será protegido de danos, inclusive de medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

TÍTULO III CAPÍTULO II DO FLUXO DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTOS

Art. 31 – Os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial são serviços de referência e contrarreferência dentro das Redes de Atenção a Saúde em seus vários âmbitos, inclusive dentro da lógica da intersetorialidade, inclui os seguintes estabelecimentos e instituições:

I – Rede de Saúde Mental:

a – Infância e Adolescência;

b – Adultos e Idosos; e,

c – Dependência Química.

Art. 32 – Rede de Atenção Primária a Saúde:

I – Unidade Básica de Saúde – UBS;

II – Unidade de Saúde da Família – USF;

III – Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF; e,

IV – Equipe de Consultório na Rua – CnaR.

Art. 33 – Rede de Urgência e Emergência:

I – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;

II – Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas; e,

III – Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral.

Art. 34 – Rede Materna Infantil:

- I – Maternidade Municipal Mãe Esperança;
- II – Maternidade e Centro Obstétrico do HB Dr. Ary Pinheiro; e,
- III – Hospital Infantil Cosme e Damião.

Art. 35 – Rede de Especialidade Médica:

- I – Centro de Especialidade Médica – CEM;
- II – Centro de Referência da Saúde da Mulher – CRSM;
- III – Serviço Atenção Especializado – SAE; e,
- IV – Centro de Especialidade em Reabilitação – CER II.

Art. 36 – Rede Intersetorial:

I – Conselho Tutelar da Criança e Adolescente – CTCA:

a – ao CTCA caberá tomar a medida cabível a cada caso, definido pela Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, art. 131 do ECA.

II – Secretarias de Assistência Social:

a – Secretaria Estadual de Assistência Social – SEAS/RO: garantir a responsabilidade do município no desenvolvimento do SUAS, a promoção e efetivação destas ações em consonância com as políticas do SUS com a devida participação da sociedade.

b – Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMASF/PVH:

§ 1º – a Atenção Primária de Saúde atua em conjunto com Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, dentro da referencia territorial ao qual pertencem, visando a ações das UBS e ESF.

§ 2º – Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, dividem-se em média e alta complexidade, tendo os serviços de média e alta complexidade, referenciados aos NASF e CAPS conforme as especificidades de cada atendimento.

§ 3º – a Equipe de Consultório na Rua e o CAPSad tem como referência para suas atividades com população em situação de rua, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua – CREAS Pop.

§ 4º – a Equipe de Consultório na Rua e a RAPS articula-se com o Serviço Especializado em Abordagem Social, conforme as especificidades de cada atendimento.

§ 5º – o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, articula-se com a RAPS, conforme as especificidades do atendimento.

§ 6º – as Unidades de Acolhimento Adulto e/ou Infantojuvenil da SEMASF é um serviço caracterizado como de alta complexidade, onde o usuário vive em situação de ameaça e/ou violação de direitos com perda de vínculos familiares, que se articula com a RAPS, conforme as especificidades do atendimento.

III – Juizados e Varas Cíveis:

a – garantir o acesso às medidas de proteção, de assistência e a garantia de direitos da pessoa com transtorno mental. Igualmente dar suporte jurídico à RAPS no que lhe competir no processo de julgamento de causas cíveis (de família) e criminais, no melhor interesse dos pacientes.

Paragrafo Único – a perícia médica é uma atividade realizada no INSS para verificação médica com diversas finalidades, dentre elas: a verificação da incapacidade laborativa consequente a traumas ou doenças para a concessão de benefícios por incapacidade; a verificação do enquadramento da doença de que o examinado é portador em várias situações de direito. É de competência exclusiva de um médico concursado e treinado internamente, que deve possuir conhecimentos de legislação previdenciária. É uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, fazendo parte da especialidade de Perícia

Médica e Medicina Legal, que abrange outros tipos de perícias além da perícia previdenciária, como perícia criminal de lesões corporais. Não sendo a perícia médica uma atividade descrita no rol de ações dos Centros de Atenção Psicossociais do Município de Porto Velho.

IV – Delegacia e Delegacias Especiais:

a – garantir o acesso às medidas de proteção, de assistência e a garantia de direitos da pessoa com transtorno mental. Igualmente dar suporte jurídico a RAPS no que lhe competir, no melhor interesse dos pacientes.

Paragrafo Único – a perícia criminal em sentido estrito é realizada por servidor público, policial ou não, pertencente aos quadros dos Institutos de Criminalística, dos Institutos de Perícias, e dos órgãos de Polícia Científica e afins, que está devidamente investido, por concurso público, nos cargos de nível superior, elencados na Lei 12.030/2009. O Perito Criminal está, a serviço da justiça, especializado em encontrar ou proporcionar a chamada prova técnica ou prova pericial, mediante a análise científica de vestígios produzidos e deixados na prática de delitos. Não sendo a perícia uma atividade descrita no rol de ações dos Centros de Atenção Psicossociais do Município de Porto Velho

V – Ministério Público:

a – observar a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família;

b – fiscalizar a finalidade de reinserção social do paciente em seu meio;

c – fiscalizar que o tratamento em regime de internação seja estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros;

d – observar que o usuário que tenha um longo tempo de hospitalização, período até o máximo de dois anos, ou que se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, seja objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, de responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário;

§ 1º – vedar a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares.

§ 2º – observar que a internação psiquiátrica seja realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Podendo ser internação voluntária, internação involuntária, e, internação compulsória, conforme Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

§ 3º – solicitar perícia, médica e/ou criminal, que sejam realizadas pelo INSS ou pelo Perito Criminal dos Institutos de Criminalística, dos Institutos de Perícias, e dos órgãos de Polícia Científica e afins respectivamente.

VI – Comunidade Terapêutica:

a – são instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público, que oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas;

b – devem ser instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários.

c – as Comunidades Terapêuticas devem manter sempre um responsável técnico de nível superior legalmente habilitado em saúde mental, bem como um substituto com a mesma qualificação;

d – o processo de admissão, a Comunidade Terapêutica deve garantir: reconhecimento em todos os lugares da sua personalidade jurídica; privacidade; liberdade de comunicação, que inclui a liberdade para comunicar com outras pessoas dentro da instituição; da liberdade para enviar e receber comunicações privadas sem censura; da liberdade para receber, em privado, visitas de um advogado ou representante pessoal e, em todos os momentos razoáveis, de outros visitantes; e de liberdade de acesso a serviços postais e telefônicos e a jornais, rádio e televisão; da liberdade de religião ou convicção; instalações para atividades recreativas e de lazer; instalações para atividades educativas; instalações para adquirir ou receber artigos necessários à vida cotidiana, ao lazer e à comunicação; instalações que permitam ao paciente desempenhar uma ocupação ativa adaptada ao seu meio social e cultural e que possibilitem a aplicação de medidas de reabilitação profissional, destinadas a promover a sua reintegração na comunidade, e promoção da utilização de tais instalações;

e – garantir o respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira, a permanência voluntária, a vedação a qualquer forma de contenção física, isolamento ou restrição à liberdade, a possibilidade do usuário interromper a permanência a qualquer momento, e, a privacidade, quanto ao uso de vestuário próprio e de objetos pessoais;

f – o usuário não será sujeito a trabalho forçado em circunstância alguma;

g – o trabalho de um paciente numa instituição de saúde mental não será objeto de exploração. Todos os usuários terão direito a receber, por qualquer trabalho que realizar a mesma remuneração paga pelo trabalho realizado. Todos esses usuários terão, em qualquer caso, direito a receber uma parcela equitativa de qualquer remuneração paga à instituição de saúde mental pelo seu trabalho.

§ 1º – O ingresso de residentes no serviço de atenção em regime residencial será condicionado ao consentimento expresso do usuário e dependerá de avaliação prévia pelo CAPS de referência.

§ 2º – A entrada de novos residentes poderá ser indicada por Equipe de Atenção Básica, em avaliação conjunta com o CAPS de referência. De acordo com a Portaria/MS Nº 131, de 26 de janeiro de 2012.

VII – Defensoria Pública e demais órgãos de defesa de direito e cidadania:

a – garantir o acesso às medidas de proteção, de assistência e a garantia de direitos da pessoa com transtorno mental. Igualmente dar suporte jurídico aos usuários no que lhe competir, no melhor interesse dos pacientes.

TÍTULO IV DA ESTRUTURA FÍSICA E AMBIÊNCIAS

Art. 37 – Devem obedecer ao Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios, criado pelo Ministério da Saúde.

Art. 38 – As estruturas físicas e ambiências devem obedecer as necessidades da acessibilidade para as pessoas com deficiências, conforme o Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite.

Art. 39 – Respeitar as resoluções da ANVISA de números 50, de 21 de fevereiro de 2002 e 29, de 30 de junho de 2011.

§ 1º – o acesso deve ser facilitado e situado fora dos limites de unidade hospitalar geral ou especializado, inclusive hospital psiquiátrico.

§ 2º – não é permitido quarto de contenção e trancas que não permitam a livre circulação do usuário pelos ambientes acessíveis da entidade.

TÍTULO V DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO

Art. 40 – A Unidade de Acolhimento é um componente de atenção de caráter transitório da RAPS. Este ponto de atenção é um serviço novo que funcionará no período integral, 24 (vinte e quatro) horas, nos 07 (sete) dias da semana.

Art. 41 – Devem oferecer acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo o direito de moradia, educação e convivência familiar/social com a possibilidade de acolhimento de curta duração (de até 06 meses).

Art. 42 – As unidades poderão ser destinadas para adultos, ou para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e familiar, e encaminhada pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.

Art. 43 – O CAPS de referência será responsável pela elaboração do PTIS de cada usuário, levando em conta as necessidades do mesmo, considerando a hierarquização do cuidado, e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

Art. 44 – As unidades deverão ter o espaço físico adequado ao desenvolvimento de atividades individuais e grupais, incluindo espaço externo para lazer, quartos para até 4 pessoas, além de outros cômodos como cozinha, espaço para refeições, banheiros, e outros, conforme o Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção, Reforma e Ampliação de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios, criado pelo Ministério da Saúde.

Art. 45 – A equipe mínima da Unidade de Acolhimento Adulto (UAa) é composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção:

a – profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas;

b – profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.

Art. 46 – A equipe mínima da Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAi) é composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção:

a – profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas;

b – profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia;

c – profissionais com nível superior na área de educação, com a presença mínima de 1 (um) profissional em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas.

Art. 47 – O ingresso de residentes no serviço será mediante consentimento do usuário e avaliação prévia do CAPS de referência. A Atenção Básica poderá indicar o ingresso de residentes, em avaliação conjunta com o CAPS de referência.

Art. 48 – A avaliação para ingresso no serviço será realizada por equipe multidisciplinar, com atendimento individual do usuário e se possível, de sua família.

Art. 49 – O PTIS deverá ser desenvolvido pelo serviço de atenção em regime de acolhimento, com acompanhamento do CAPS de referência, da Atenção Básica e de serviços das redes de outros setores, considerando o caso a caso.

Art. 50 – O CAPS de referência é o responsável pela gestão do cuidado e do PTIS durante a permanência do usuário no serviço de atenção em regime de acolhimento.

Parágrafo Único – todo usuário será livre para interromper a qualquer momento a sua permanência no serviço de atenção em regime de acolhimento, caracterizando tratamento voluntário.

Art. 51 – As Unidades de Acolhimento deverão seguir os seguintes preceitos;

I – direito do usuário residente ao contato frequente, com visitas regulares, dos familiares desde o primeiro dia de permanência na entidade;

II – estímulo a situações de convívio social entre os usuários residentes em atividades terapêuticas, de lazer, cultura, esporte, alimentação e outras, dentro e fora da entidade;

III – promoção de reuniões e assembleias com frequência mínima semanal para que os usuários residentes e a equipe técnica possam discutir aspectos cotidianos do funcionamento da entidade;

IV – promoção de atividades individuais e coletivas de orientação sobre prevenção do uso de álcool, crack e outras drogas, com base em dados técnicos e científicos, bem como sobre os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde;

V – estímulo à participação dos usuários residentes nas ações propostas no PTIS;

VI – manutenção, pela equipe técnica da entidade, de registro escrito, individualizado e sistemático contendo os dados relevantes da permanência do usuário residente; e,

VII – observância às disposições contidas na Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011, da ANVISA.

TÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 52 – Promover a redução do estigma e do preconceito à pessoa com transtorno mental decorrente ou não do uso de drogas.

Art. 53 – Garantir políticas de saúde integral e seus dispositivos, conforme território e região de saúde, segundo os preceitos do SUS.

Art. 54 – Articular a qualificação e educação permanente das equipes da RAPS em proposta junto ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU 192, NIEMSUS, Estabelecimentos de Ensino, etc.

Art. 55 – Garantir a avaliação da RAPS como incremento ao fomento ao estudo e a pesquisa.

Art. 56 – Promover e garantir no processo de trabalho da RAPS como enfoque no Acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, na categorização de cuidados Intensivos, Semi-intensivos e não intensivos.

Art. 57 – Organizar campanhas de promoção à Saúde Mental de acordo com as políticas nacionais.

Art. 58 – Acompanhar junto às instâncias competentes (Ministério Público, Previdência Social, OAB, Secretarias e Conselhos Profissionais, entre outros) o reconhecimento da mudança conceitual da Deficiência, para *Disability*, a partir da Convenção da ONU de 2008, ratificada pelo Brasil.

Art. 59 – Garantir a consolidação da atenção psicossocial à criança e ao adolescente na continuidade do acompanhamento dos serviços de referência.

Art. 60 – Pactuar políticas públicas de prevenção e promoção à Saúde Mental do Trabalhador.

Art. 61 – Potencializar ações terapêuticas com incentivo à cultura, esporte e lazer para reinserção de pessoas em sofrimento psíquico intenso e usuários de álcool, crack e outras drogas.

Art. 62 – Garantir o atendimento e acompanhamento prestado à pessoa com transtornos mentais decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, sem direcionamento ou distinção de credo religioso.

Art. 63 – Implantar a Política de Redução de Danos e/ou Risco do Ministério da Saúde, adequado à realidade local.

Art. 64 – Fomentar a descentralização da política sobre álcool e outras drogas, prevendo a não restrição da mesma à RAPS; considerando ações de prevenção e promoção em âmbito privado, público (três esferas de Governo), sociedade civil (Conselhos, etc.); e comunidade.

Art. 65 – Implantar e assegurar o Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24) e Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

Art. 66 – Garantir o atendimento intensivo e qualificado à crise nos Serviços de Saúde Mental, aos egressos de internação psiquiátrica e/ou paciente em medida socioeducativa com transtorno psiquiátrico.

Art. 67 – Uma vez aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, o presente Regimento deverá entrar em vigor após aprovação.

Art. 68 – Revogam-se as disposições em contrário.



SAÚDE
CONTE COM A GENTE