MI-GAP

MI-GAP Manual de Intervenções

para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde

Organização Mundial da Saúde

Programa de Ação Mundial em Saúde Mental

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde

1. Transtornos mentais – prevenção e controle. 2. Doenças do sistema nervoso. 3. Transtornos psicóticos. 4. Transtornos por uso de álcool e outras drogas. 5. Diretrizes. I. World Health Organization.

Tradução: José Manoel Bertolote
Adaptação Gráfica e Layout: Tiago F. L. Casini

© World Health Organization 2010

MI-GAP Manual de Intervenções

para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde

Versão 1.0

Organização Mundial da Saúde

Programa de Ação Mundial em Saúde Mental

Índice

Prefácio iii

Apresentação da Edição Brasileira iv

Agradecimentos iv

Abreviaturas e Símbolos vii

I Introdução 1

II Princípios Gerais de Cuidados 6

III Mapa Geral 8

IV Módulos

1. Depressão Moderada/Grave 10
2. Psicose 18
3. Transtorno Bipolar 24
4. Epilepsia / Convulsões 32
5. Transtornos do Desenvolvimento 40
6. Transtornos Comportamentais 44
7. Demência 50
8. Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool 58
9. Uso de Drogas e Transtornos por Uso de Drogas 66
10. Autoagressão / Suicídio 74
11. Outras Queixas Emocionais Significativas ou Sem Explicação Médica 80

V Intervenções Psicossociais Avançadas 82

Prefácio

Em 2008, a OMS lançou um programa mundial de ação para reduzir as lacunas em saúde mental (mhGAP), visando atacar a falta de cuidados de saúde, especialmente em países de baixa e média renda, para pessoas com transtornos mentais, neurológico e por uso de álcool e outras drogas. Quatorze por cento do fardo mundial das doenças é atribuível a esses transtornos e quase três quartos deste fardo ocorre em países de baixa e média renda. Os recursos disponíveis nos países são insuficientes - a vasta maioria dos países aloca menos de 2% de seus orçamentos para a saúde mental, o que leva a uma brecha no tratamento de mais de 75% nos países de baixa e média renda.

Agir faz sentido do ponto de vista econômico. Os transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas interferem, de maneira substancial, na habilidade das crianças para aprender e a habilidade dos adultos para funcionar na família, no trabalho e na sociedade como um todo. Agir também é uma ação em prol dos pobres. Estes transtornos são fatores de risco para muito problemas de saúde, ou sua consequência, e com uma enorme frequência se associam à pobreza, à marginalização e ao desfavorecimen-to social.

Há uma ideia errônea, porém amplamente difundida, segundo a qual as melhorias na saúde mental requerem tecnologias sofisticadas e caras, com pessoal altamente especializado. A realidade é que a maioria dos transtornos mentais, neurológicos e uso de álcool e outras drogas, que resultam em elevada morbidade e mortalidade, pode ser manejada por prestadores de cuidados de saúde não especializados. O que se necessita é aumentar a capacidade do sistema de cuidados primários de saúde para prestar um conjunto integrado de cuidados através de capacitação, apoio e supervisão.

É neste contexto que tenho a satisfação de apresentar o Manual MI-GAP de Intervenções para Transtorno Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde como uma ferramenta técnica para a implementação do programa mhGAP. O Manual de Intervenções foi desenvolvido através de uma revisão sistemática da evidência, seguido por um processo consultivo e participativo. Ele fornece uma ampla gama de recomendações que facilitam a prestação de cuidados de alta qualidade em locais de cuidados primários e secundários por prestadores de cuidados de saúde não especializados em locais com recursos limitados. Ele apresenta o manejo integrado das condições prioritárias através de protocolos para a tomada de decisões clínicas.

Espero que este Manual seja útil tanto para os prestadores de cuidados quanto para os gestores no sentido de atender as necessidades das pessoas portadoras de transtornos mentais, neurológico e por uso de álcool e outras drogas.

Temos o conhecimento. Nosso maior desafio agora é traduzí-lo em ação e atingir as pessoas mais necessitadas.

Dr Margaret Chan

Diretora Geral
Organização Mundial da Saúde

Agradecimentos

Visão e Concepção

Ala Alwan, Sub-Diretor Geral Assistente, Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, OMS; Benedetto Saraceno, Ex-Director, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, OMS; Shekhar Saxena, Diretor, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, OMS.

Coordenação e Edição do Projeto

Tarun Dua, Nicolas Clark, Edwige Faydi (†), Alexandra Fleischmann, Vladimir Poznyak, Mark van Ommeren, M Taghi Yasamy, Shekhar Saxena.

Contribução e Orientação

A equipe técnica da Sede da OMS, dos Escritórios Regionais e de Escritórios de diversos Países e vários peritos internacionais forneceram material valioso, ajuda e aconselhamento. Estas contribuições foram vitais para o desenvolvimento do Manual de Intervenções.

OMS Genebra
Meena Cabral de Mello, Venkatraman Chandra-Mouli, Natalie Drew, Daniela Fuhr, Michelle Funk, Sandra Gove, Suzanne Hill, Jodi Morris, Mwansa Nkowane, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Robert Scherpbier, Rami Subhi, Isy Vromans, Silke Walleser.

Escritórios Regionais e Nacionais da OMS
Zohra Abaakouk, Escritório da OMS no Haiti; Thérèse Agossou, Escritório Regional da OMS para a África; Victor Aparicio, Escritório Sub-regional da OMS no Panamá; Andrea Bruni, Escritório da OMS em Sierra Leone; Vijay Chandra, Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; Sebastiana Da Gama, Nkomo, Escritório Regional da OMS para a África; Hashim Ali El Mousaad, Escritório da OMS na Jordânia; Carina Ferreira-Borges, Escritório Regional da OMS para a África; Nargiza Khodjaeva, Escritório da OMS na Margem Ocidental e em Gaza; Ledia Lazeri, Escritório da OMS na Albânia; Haifa Madi, Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental; Albert Maramis, Escritório da OMS na Indonésia; Anita Marini, Escritório da OMS na Jordânia; Rajesh Mehta, Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; Linda Milan, Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental; Lars Moller, Escritório Regional da OMS para a Europa; Maristela Monteiro, Escritório Regional da OMS para as Américas; Matthijs Muijen, Escritório Regional da OMS para a Europa; Emmanuel Musa, Escritório da OMS na Nigéria; Neena Raina, Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; Jorge Rodriguez, Escritório Regional da OMS para as Américas; Khalid Saeed, Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental; Emmanuel Streel, Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental; Xiangdong Wang, Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático.

Apoio Administrativo
Frances Kaskoutas-Norgan, Adeline Loo, Grazia Motturi-Gerbail, Tess Narciso, Mylène Schreiber, Rosa Seminario, Rosemary Westermeyer.

Internos
Scott Baker, Christina Broussard, Lynn Gauthier, Nelly Huynh, Amanda Ifie, Kushal Jain, Kelsey Klaver, Jessica Mears, Manasi Sharma, Aditi Singh, Kanna Sugiura, Stephen Tang, Keiko Wada, Aislinn Williams.

Peritos Internacionais
Clive Adams, Reino Unido; Robert Ali, Austrália; Alan Apter, Israel; Yael Apter, Israel; José Ayuso-Mateos*, Espanha; Corrado Barbui*, Itália; Erin Barriball, Austrália; Ettore Beghi, Itália; Gail Bell, Reino Unido; Gretchen Birbeck*, EUA; Jonathan Bisson, Reino Unido; Philip Boyce, Austrália; Vladimir Carli, Suécia; Erico Castro-Costa, Brasil; Andrew Mohanraj Chandrasekaran§, Indonésia; Sonia Chehil, Canadá; Andrea Cipriani, Itália; Colin Coxhead, Suíça; Jair de Jesus Mari, Brasil; Carlos de Mendonça Lima, Portugal; Diego De Leo, Austrália; Christopher Dowrick, Reino Unido; Colin Drummond, Reino Unido; Julian Eaton§, Nigéria; Eric Emerson, Reino Unido; Cleusa P Ferri, Reino Unido; Alan Flisher†*, África do Sul; Eric Fombonne, Canadá; Maria Lucia Formigoni§, Brasil; Melvyn Freeman*, África do Sul; Linda Gask, Reino Unido; Panteleimon Giannakopoulos*, Suíça; Richard P Hastings, Reino Unido; Allan Horwitz, EUA; Takashi Izutsu, Fundo de População das Nações Unidas; Lynne M Jones§, Reino Unido; Mario F Juruena, Brasil; Budi Anna Keliat§; Indonésia; Kairi Kolves, Austrália; Shaji S Kunnukattil§, Índia; Stan Kutcher, Canadá; Tuuli Lahti, Finlândia; Noeline Latt, Austrália; Itzhak Levav*, Israel; Nicholas Lintzeris, Austrália; Jouko Lonnqvist, Finlândia; Lars Mehlum, Noruega; Nalaka Mendis, Sri Lanka; Ana-Claire Meyer, EUA; Valerio Daisy Miguelina Acosta, República Dominicana; Li Li Min, Brasil; Charles Newton§, Quênia; Isidore Obot*, Nigéria; Lubomir Okruhlica§, Eslováquia; Olayinka Omigbodun*§, Nigéria; Timo Partonen, Finlândia; Vikram Patel*, Índia e Reino Unido; Michael Phillips*§, China; Pierre-Marie Preux, França; Martin Prince*§, Reino Unido; Atif Rahman*§, Paquistão e Reino Unido; Afarin Rahimi-Movaghar*, Irã; Janet Robertson, Reino Unido; Josemir W Sander *, Reino Unido; Sardarpour Gudarzi Shahrokh, Irã; John Saunders *, Austrália; Chiara Servili§, Itália; Pratap Sharan§, India; Lorenzo Tarsitani, Itália; Rangaswamy Thara*§, Índia; Graham Thornicroft*§, Reino Unido; Jürgen Ünutzer*, EUA; Mark Vakkur, Suíça; Peter Ventevogel*§, Holanda; Lakshmi Vijayakumar*§, Índia; Eugenio Vitelli, Itália; Wen-zhi Wang§, China.

* Membro do Grupo de Desenvolvimento do MIGAP

§ Participante de reunião organizada pela Fundação Rockefeller sobre "Desenvolvimento de um Pacote Essencial para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e Outras Drogas como parte do Programa de Ação Gap, da OMS

† Falecido/a

Agradecimentos

Revisão Técnica

Comentários e retroalimentação adicionais a respeito de versões preliminares foram fornecidos pelos seguintes peritos e organizações internacionais:

Organizações

‡ Autistica (Eileen Hopkins, Jenny Longmore, UK); Autism Speaks (Geri Dawson, Andy Shih, Roberto Tuchman, USA); CBM (Julian Eaton, Nigeria; Allen Foster, Birgit Radtke, Germany); Cittadinanza (Andrea Melella, Raffaella Meregalli, Italy); Fondation d'Harcourt (Maddalena Occhetta, Switzerland); Fondazione St. Camille de Lellis (Chiara Ciriminna, Switzerland); Comitê Internacional da Cruz Vermelha (Renato Souza, Brazil); Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (Nana Wiedemann, Denmark); International Medical Corps (Neerja Chowdary, Allen Dyer, Peter Hughes, Lynne Jones, Nick Rose, UK); Instituto Carolíngeo (Danuta Wasserman, Sweden); Médicos Sem Fronteiras (Frédérique Drogoul, France; Barbara Laumont, Belgium; Carmen Martinez, Spain; Hans Stolk, Netherlands); ‡ Mental Health Users Network of Zambia (Sylvester Katontoka, Zambia); Instituto Nacional de Saúde Mental (Pamela Collins, USA); ‡ Schizophrenia Awareness Association (Gurudatt Kundapurkar, India); Terre des Hommes, (Sabine Rakatomalala, Switzerland); Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (Marian Schilperoord); Fundo de População das Nações Unidas (Takashi Izutsu); Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial (Stelios Stylianidis, Greece); Federação Mundial de Neurologia (Johan Aarli, Norway); WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation (Michele Tansella, Italy); Associação Mundial de Psiquiatria (Dimitris Anagnastopoulos, Grécia; Vincent Camus, França; Wolfgang Gaebel, Alemanha; Tarek A Gawad, Egito; Helen Herrman, Austrália; Miguel Jorge, Brasil; Levent Kuey, Turquia; Mario Maj, Itália; Eugenia Soumaki, Grécia, Allan Tasman, EUA).

‡ Sociedade civil / organização de usuários

Peritos Revisores

Gretel Acevedo de Pinzón, Panamá; Atalay Alem, Etiópia; Deifallah Allouzi, Jordânia; Michael Anibueze, Nigéria; Joseph Asare, Gana; Mohammad Asfour, Jordânia; Sawitri Assanangkornchai, Tailândia; Fahmy Bahgat, Egito; Pierre Bastin, Bélgica; Myron Belfer, EUAUSA; Vivek Benegal, Índia; José Bertolote, Brasil; Arvin Bhana, África do Sul; Thomas Bornemann, EUA; Yarida Boyd, Panamá; Boris Budosan, Croácia; Odille Chang, Fiji; Sudipto Chatterjee, Índia; Hilary J Dennis, Lesoto; M Paramesvara Deva, Malásia; Hervita Diatri, Indonésia; Ivan Doci, Eslováquia; Joseph Edem-Hotah, Serra Leoa; Rabih El Chammay, Líbano; Eric Emerson, Reino Unido; Saeed Farooq, Paquistão; Abebu Fekadu, Etiópia; Sally Field, África do Sul; Amadou Gallo Diop, Senegal; Pol Gerits, Bélgica; Tsehaysina Getahun, Etiópia; Rita Giacaman, Faixa de Gaza e Margem Ocidental; Melissa Gladstone, Reino Unido; Margaret Grigg, Austrália; Oye Gureje, Nigéria; Simone Honikman, África do Sul; Asma Humayun, Paquistão; Martsenkovsky Igor, Ucrânia; Begoñe Ariño Jackson, Espanha; Rachel Jenkins, Reino Unido; Olubunmi Johnson, África do Sul; Rajesh Kalaria, Reino Unido; Angelina Kakooza, Uganda; Devora Kestel, Argentina; Sharon Kleintjes, África do Sul; Vijay Kumar, Índia; Hannah Kuper, Reino Unido; Ledia Lazëri, Albânia; Antonio Lora, Itália; Lena Lundgren, EUA; Ana Cecilia Marques Petta Roselli, Brasil; Tony Marson, Reino Unido; Edward Mbewe, Zâmbia; Driss Moussaoui, Marrocos; Malik Hussain Mubbashar, Paquistão; Julius Muron, Uganda; Hideyuki Nakane, Japão; Juliet Nakku, Uganda; Friday Nsalamo, Zâmbia; Emilio Ovuga, Uganda; Fredrick Owiti, Quênia; Em Perera, Nepal; Inge Petersen, África do Sul; Moh'd Bassam Qasem, Jordânia; Shobha Raja, Índia; Rajat Ray, Índia; Telmo M Ronzani, Brasil; SP Sashidharan, Reino Unido; Sarah Skeen, África do Sul; Jean-Pierre Soubrier, França; Abang Bennett Abang Taha, Brunei Darussalam; Ambros Uchtenhagen, Suíça; Kristian Wahlbeck, Finlândia; Lawrence Wissow, EUA; Lyudmyla Yur`yeva, Ucrânia; Douglas Zatzick, EUA; Anthony Zimba, Zâmbia.

Equipe de Produção

Edição: Philip Jenkins, France
Desenho gráfico e layout: Erica Lefstad and Christian Bäuerle, Germany
Coordenação da impressão: Pascale Broisin, WHO, Geneva

Apoio financeiro

As seguintes organizações contribuiram financeiramente para o desenvolvimento e a produção deste Manual:

American Psychiatric Foundation, EUA; Association of Aichi Psychiatric Hospitals, Japão; Autism Speaks, EUA; CBM; Governo da Itália; Governo do Japão; Governo da Holanda; International Bureau for Epilepsy; International League Against Epilepsy; Medical Research Council, Reino Unido; Instituto Nacional de Saúde Mental, EUA; Public Health Agency of Canada, Canadá; Fundação Rockefeller, EUA; Shirley Foundation, Reino Unido; Syngenta, Suíça; Fundo de População das Nações Unidas; Associação Mundial de Psiquiatria.

Abreviaturas e Símbolos

Abreviaturas

AIDS	síndrome de imunodeficiência adquirida
TCC	terapia cognitivo-comportamental
VIH	vírus da imunodeficiência humana
IM	intramuscular
IMCI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)
TIP	terapia interpessoal
IV	intravenoso
mhGAP	Programa mundial de ação para superar as lacunas em saúde mental
MI-GAP	Manual de Intervenções em Saúde Mental do mhGAP
TSO	terapia de substituição de opioides
ISRS	inibidor seletivo da recaptação de serotonina
DST	doença sexualmente transmissível
ACT	antidepressivo tricíclico

Símbolos

Bebês / crianças pequenas

Crianças / adolescentes

Mulheres

Mulheres Grávidas

Adultos

Pessoas idosas

Atenção / Problema

Vá para / Veja /
Saia deste módulo

Não

Informações adicionais

Encaminhe para o hospital

Medicamento

Intervenção psicossocial

Consulte um especialista

Conclua a avaliação

Se SIM

Se NÃO

Introdução

Programa de Ação para reduzir as Brechas em Saúde Mental (mhGAP) - antecedentes

Cerca de quatro de cada cinco pessoas em países de baixa e média renda que necessitam de serviços para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas não os recebem. Mesmo quando estes estão disponíveis,as intervenções em geral não têm nenhuma base em evidências científicas e tampouco são de boa qualidade. Recentemente, a OMS lançou o Programa de Ação para reduzir as Brechas em Saúde Mental (mhGAP) para países de baixa e média renda, com o objetivo de incrementar os cuidados para os transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas. Este Manual de Intervenção do mhGAP (MI-GAP) foi desenvolvido para facilitar a prestação de intervenções baseadas em evidências em locais de cuidados não especializados.

Há uma ideia errônea, porém bastante difundida, de que todas as intervenções de saúde mental são sofisticadas e só podem ser executadas por pessoal altamente especializado. As pesquisas mais recentes demonstraram a exequibilidade da prestação de intervenções farmacológicas e psicossociais em locais de cuidados não especializados. Este manual se baseia numa revisão de toda a evidência científica disponível nesta área e apresenta as intervenções mais recomendadas para países de baixa e média renda. O MI-GAP inclui orientações sobre intervenções baseadas em evidências para a identificação e o manejo de diversas condições prioritárias. As condições prioritárias incluídas são a depressão, as psicoses, os transtornos bipolares, a epilepsia, os transtornos do desenvolvimento e os comportamentais em crianças e adolescentes, a demência, os transtornos por uso de álcool, os transtornos por uso de drogas, a autoagressão e o suicídio, e outras queixas emocionais significativas ou sem explicação médica. Estas condições prioritárias foram selecionadas porque são um grande fardo, em termos de mortalidade, morbidade ou incapacidade, representam altos custos econômicos e estão associadas à violação de direitos humanos.

O desenvolvimento do Manual de Intervenção do mhGAP (MI-GAP)

O MI-GAP foi desenvolvido através de um intenso processo de revisão sistemática de evidências, a fim de se chegar às recomendações. O processo envolveu um Grupo de Peritos Internacionais em Desenvolvimento de Diretrizes da OMS, que colaboraram de perto com o Secretariado da OMS. Essas recomendações foram então convertidas em intervenções claramente apresentadas em passos graduais, novamente em colaboração com um grupo de peritos internacionais. O MI-GAP foi, então, revisado por um amplo grupo de revisores de inúmeras partes do mundo, de forma a assegurar as mais diversas contribuições.

O MI-GAP se baseia nas Diretrizes sobre intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas do mhGAP (http://www.who.int/mental_health/mhgap /evidence/en). As Diretrizes e o MI-GAP serão revistos e atualizados a cada 5 anos. Qualquer revisão e atualização que ocorra antes disso será feita na versão online do documento.

Objetivos do Manual de Intervenção do mhGAP (MI-GAP)

O MI-GAP foi desenvolvido para ser utilizado em locais de cuidados não especializados, e se destina a prestadores de cuidados que trabalham em locais de cuidados primários e de cuidados secundários. Estes trabalhadores da saúde podem trabalhar num centro de saúde da rede de atenção básica ou fazer parte de uma equipe clínica, ambulatório ou hospital distrital. Incluem médicos clínicos gerais, médicos de família, enfermeiras e auxiliares de saúde. Outros trabalhadores da saúde não especializados podem também utilizar o MI-GAP, eventualmente com algumas adaptações que se façam necessárias. Os serviços de cuidados primários incluem os serviços e centros de saúde que servem como primeiro ponto de contato com um profissional da saúde e que prestam cuidados ambulatoriais médicos e de enfermagem. Esses serviços são prestados por médicos, dentistas, auxiliares de saúde, enfermeiras, agentes comunitários, farmacêuticos e parteiras, entre outros. Os locais de cuidados secundários incluem o hospital como o primeiro nível de encaminhamento responsável por uma área geográfica definida que contém uma população definida e regulado por uma organização político-administrativa, tal como uma equipe de gestão de um distrito sanitário. O clínico ou o especialista em saúde mental distrital apoia a equipe do primeiro nível de cuidados de saúde em termos de supervisão e encaminhamento.

O MI-GAP é intencionalmente breve a fim de facilitar as intervenções por parte de não especialistas muito ocupados, em países de baixa e média renda. Descreve pormenorizadamente o que fazer, mas não se detém no como fazer. É importante que os trabalhadores de saúde não especializados sejam capacitados e supervisionados para usar o MI-GAP na avaliação e manejo de pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas.

Introdução

Não é intenção do MI-GAP abordar o desenvolvimento de serviços; para isso já há documentos da OMS, que incluem um instrumento para a avaliação de serviços de saúde mental, um Pacote sobre Política de Saúde Mental e Guia de Serviços e materiais específicos sobre a integração da saúde mental nos cuidados gerais de saúde. Informações sobre a implementação do mhGAP podem ser encontradas em *mental health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Referências a documentos úteis da OMS e links para o seu *website* se encontram no final desta introdução.

Embora o MI-GAP deva ser implementado principalmente por não-especialistas, os especialistas também poderão achá-lo de utilidade para o seu trabalho, Além disso, os especialistas têm um papel essencial e substancial na capacitação, no apoio e na supervisão. O MI-GAP indica quando é necessário o acesso a especialistas, seja para consultas, seja para encaminhamentos. Quando os especialistas não estiverem disponíveis num dado distrito, dever-se-á buscar soluções criativas. Por exemplo, se esse recurso for escasso, deve-se organizar um treinamento adicional em saúde mental para os prestadores de cuidados não especialistas, de forma que possam executar algumas funções na ausência de especialistas. Os especialistas também poderão ser beneficiados com a capacitação em elementos de saúde pública do programa e de organização de serviços.

Adaptação do MI-GAP

O MI-GAP é um guia modelo e é essencial que seja adaptado às situações nacionais e locais. Seus usuários podem selecionar um subgrupo das condições prioritárias ou das intervenções para adaptar e implementar, dependendo das diferenças contextuais da prevalência e da disponibilidade de recursos. A adaptação é necessária para garantir que as condições que mais contribuem para o fardo num dado país sejam cobertas e que o MI-GAP seja apropriado para as condições locais que afetam os cuidados das pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas nos serviços de saúde. O processo de adaptação deve ser utilizado como uma oportunidade para consenso a respeito de questões técnicas relativas a diversas condições, o que implica o envolvimento dos interessados-chave do país. A adaptação inclui a tradução e a garantia de que as intervenções são aceitáveis naquele contexto sociocultural e adequadas ao sistema de saúde local.

Implementação do mhGAP – pontos críticos

A implementação num dado país deveria começar com uma reunião dos principais interessados, com a avaliação das necessidades e a identificação das barreiras para sua ampla disseminação. Isto deveria levar à preparação de um plano de ação para a ampla disseminação, *advocacy*, desenvolvimento e reorientação de recursos humanos, orçamento e financiamento, desenvolvimento de um sistema de informações sobre as condições prioritárias, e monitoração e avaliação.

A implementação no âmbito distrital ficará muito facilitada após a operacionalização das decisões no âmbito nacional. De início, será necessária uma série de reuniões de coordenação no âmbito distrital. Todos os funcionários distritais deverão ser informados, principalmente se a introdução dos cuidados de saúde mental nas suas responsabilidades for uma novidade. A apresentação do MI-GAP os deixará mais à vontade se souberem que é simples, adequado ao seu contexto e facilmente integrável ao sistema de saúde. A capacitação para os cuidados de saúde mental requer um treinamento inicial seguido de apoio e supervisão contínua. Entretanto, a capacitação para a aplicação do MI-GAP deveria ser coordenada de maneira a não interromper a prestação de cuidados em andamento.

Introdução

Como usar o MI-GAP

» O MI-GAP começa com os **Princípios Gerais de Cuidados**, que fornecem boas práticas clínicas para as interações entre os prestadores de cuidados de saúde e as pessoas que buscam cuidados de saúde mental. Todos os usuários do MI-GAP deveriam se familiarizar com esses princípios e segui-los o mais que puderem.

» O MI-GAP inclui um **Mapa Geral** que presta informações sobre as apresentações comuns das condições prioritárias. Ele orienta o clínico quanto aos módulos relevantes.

– na eventualidade de uma **comorbidade potencial (dois transtornos presentes ao mesmo tempo)**, é importante que o clínico confirme a comorbidade e organize um plano geral de tratamento.

– as condições mais graves devem ser tratadas em primeiro lugar. O acompanhamento na consulta seguinte deve incluir a verificação de se os sinais e sintomas indicativos da presença de qualquer outra condição prioritária também melhoraram. **Se se perceber que a condição é uma urgência, ela deve ser manejada primeiro.** Por exemplo, se a pessoa estiver tendo uma convulsão, esse evento agudo deve ser manejado imediatamente, antes de colher uma história pormenorizada sobre a presença de epilepsia.

» O **módulos**, organizados por condições prioritárias específicas, são uma ferramenta para a tomada de decisão e o manejo clínicos. Cada módulo é identificado por uma cor diferente para facilitar a diferenciação. Há uma introdução no início de cada módulo que explica qual condição (ou condições) é coberta por aquele módulo.

» Cada módulo consiste em duas seções. A primeira seção é sobre **identificação e manejo**; o conteúdo desta seção é apresentado como um fluxograma com múltiplos pontos de decisão. Cada ponto de decisão é identificado por um número, sob forma de uma pergunta. Cada ponto de decisão apresenta informação organizada em três colunas – **"avalie, decida, maneje".**

– A coluna da esquerda inclui as particularidades para a avaliação da pessoa. É a **coluna da avaliação**, que orienta como avaliar a condição clínica de uma pessoa. Os usuários devem considerar todos os elementos desta coluna antes de passar para a próxima coluna.

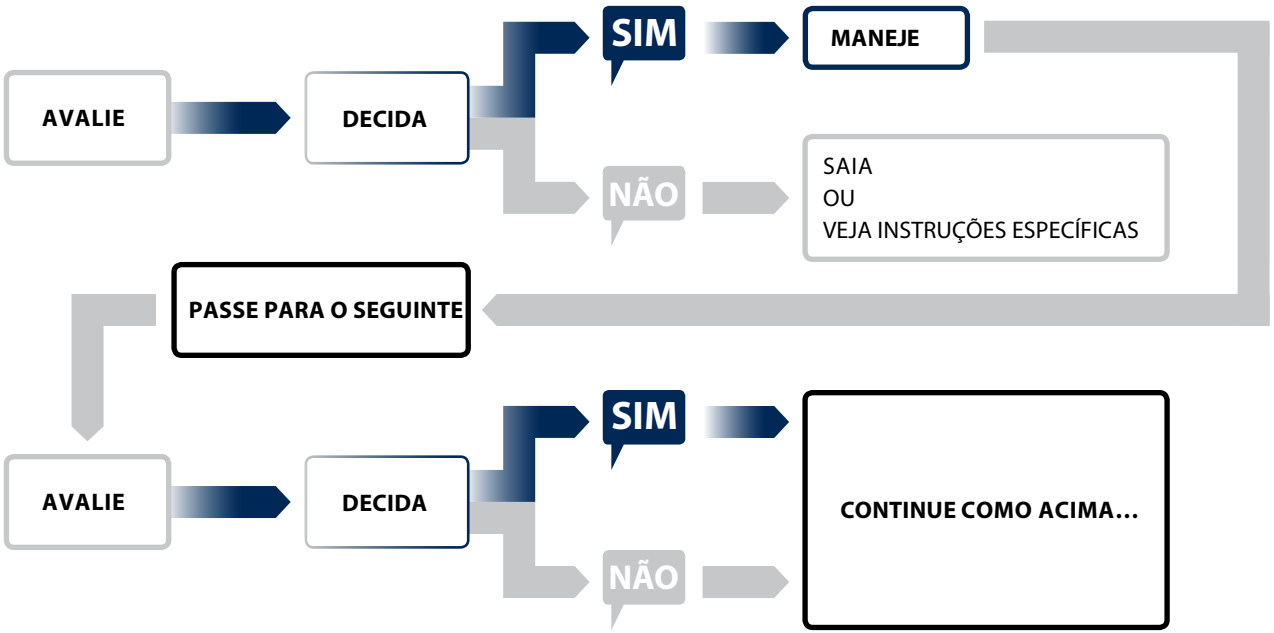
– A coluna do meio especifica as distintas possibilidades diante do prestador de cuidados. É a **coluna da decisão**.

– A coluna da direita descreve sugestões de como manejar o problema. É a **coluna do manejo**. Fornece informações e recomendações, relacionados a pontos de decisão particulares, sobre intervenções psicossociais e farmacológicas. Os conselhos sobre o manejo estão ligados (referências cruzadas) a pormenores relevantes das intervenções que são muito minuciosos para ser incluídos nos fluxogramas. Os pormenores relevantes das intervenções são identificados por códigos. Por exemplo, **DEP 3** indica o terceiro pormenor de intervenção para o Módulo sobre Depressão Moderada-Grave.

– O MI-GAP emprega uma série de símbolos para destacar certos aspectos das colunas **Avalie, Decida, Maneje**. Uma lista desses símbolos e sua explicação se encontra na seção Abreviaturas e Símbolos.

Introdução

NOTA: Os usuários do MI-GAP devem começar no topo da seção sobre avaliação e manejo e seguir todos nos pontos de decisão a fim de poder desenvolver um plano de manejo abrangente para cada pessoa.



Instruções sobre o uso correto e abrangente dos fluxogramas

» A segunda seção de cada módulo consiste em ***particularidades das intervenções*** que fornecem mais informações sobre o seguimento, o encaminhamento, a prevenção de recaídas e outros pormenores técnicos de tratamentos psicossociais/não farmacológicos e farmacológicos, bem como sobre importantes efeitos colaterais ou interações medicamentosas. As particularidades das intervenções são apresentados num formato genérico. Eles precisarão ser adaptados à língua e às condições locais, e, talvez, do acréscimo de exemplos e de ilustrações para aumentar a compreensão, a aceitação e a atratividade.

» Embora o MI-GAP se concentre primariamente em intervenções e tratamentos clínicos, há amplas oportunidades para que os prestadores de cuidados façam intervenções baseadas em evidências para prevenir transtornos mentais, na comunidade. Algumas caixas de texto sobre essas intervenções **preventivas** podem ser encontradas ao final de alguns módulos.

» A seção V aborda **"Intervenções Psicossociais Avançadas"**. Para os fins do MI-GAP, a expressão "intervenções psicossociais avançadas" se refere a intervenções que implicam mais que apenas algumas horas para que o prestador de cuidados as aprenda e outras tantas para implementá-las. Tais intervenções podem ser implementadas em locais de cuidados não especializados, mas apenas quando houver tempo suficiente disponível dos recursos humanos. Nos fluxogramas dos módulos, tais intervenções estão indicadas pela abreviatura **INT**, indicando que elas requerem um uso relativamente mais **intensivo** de recursos humanos.

Introdução

Documentos da OMS relacionados a este tema podem ser baixados dos seguintes links:

Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: A guide for programme managers. Third edition (updated 1st September 2008)
http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/iodine_deficiency/9789241595827/en/index.html

CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities (Joint Position Paper 2004)
http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389_eng.pdf

Clinical management of acute pesticide intoxication: Prevention of suicidal behaviours
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf

Epilepsy: A manual for medical and clinical officers in Africa
http://www.who.int/mental_health/media/en/639.pdf

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings
http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_april_2008.pdf

IMCI care for development: For the healthy growth and development of children
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/imci_care_for_development/en/index.html

Improving health systems and services for mental health
http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html

Infant and young child feeding – tools and materials
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/iycf_brochure/en/index.html

Integrated management of adolescent and adult illness / Integrated management of childhood illness (IMAI/IMCI)
http://www.who.int/hiv/topics/capacity/en/

Integrated management of childhood illness (IMCI)
http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/en/index.html

Integrating mental health into primary care – a global perspective
http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf

Lancet series on global mental health 2007
http://www.who.int/mental_health/en/

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)
http://www.who.int/mental_health/mhGAP/en/

mhGAP Evidence Resource Centre
http://www.who.int /mental_health/mhgap/evidence/en/

Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care
http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html

Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html

Preventing suicide: a resource series
http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html

Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html

Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice
http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)
http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/

PGC

Princípios Gerais de Cuidados

PGC

Os prestadores de cuidados deveriam manter boas práticas em suas interações com todas as pessoas que buscam cuidados de saúde. Deveriam respeitar a privacidade das pessoas em busca de cuidados para transtornos mentais, neurológicos e relacionados aos uso de álcool e outras drogas, manter um bom relacionamento com elas e com seus familiares, e responder de maneira isenta de preconceitos e de estigmatização, proporcionando-lhes apoio. As seguintes ações deveriam ser consideradas ao implementar o Manual de Intervenção GAP (MI-GAP). Elas não serão repetidas em cada módulo.

Princípios Gerais de Cuidados

PGC

1. Comunicação com pessoas que buscam cuidados e com seus familiares

» Faça com que a comunicação seja clara, empática e adequada às diferenças de idade, de gênero, de cultura e de língua.

» O tempo todo, seja amistoso, respeitoso e não emita julgamentos.

» Use uma linguagem simples e clara.

» Responda adequadamente a revelações de informações privadas e perturbadoras (por exemplo, relativas a agressões sexuais ou a auto-agressões).

» Informe a pessoa sobre seu estado de saúde em termos que ela possa entender.

» Peça que a pessoa lhe diga seu próprio entendimento da situação.

2. Avaliação

» Colha uma história médica, uma história das queixas atuais, da história pregressa e da história familiar, conforme o caso.

» Faça um exame físico geral.

» Avalie, maneje ou encaminhe, qualquer condição médica concomitante, conforme o caso.

» Avalie os problemas psicossociais, com atenção às questões passadas e presentes, as circunstâncias habitacionais e financeiras, e qualquer outro tópico estressante.

3. Tratamento e monitoração

» Identifique a importância do tratamento para a pessoa, bem como seu preparo atual para participar de seus cuidados.

» Estabeleça as metas do tratamento para aquela pessoa e crie um plano de manejo que respeite suas preferências em relação aos cuidados (também as de seus cuidadores, se for adequado).

» Estabeleça um plano de continuação do tratamento e de acompanhamento, em consulta com a pessoa.

» Informe a pessoa sobre a duração esperada do tratamento, possíveis efeitos colaterais da intervenção, eventuais alternativas terapêuticas, a importância da adesão ao tratamento e o prognóstico provável.

» Responda às perguntas e atenda as preocupações da pessoa, e comunique-lhe uma esperança realista quanto ao seu funcionamento e recuperação.

» Monitore continuadamente os efeitos do tratamento, os resultados, as interações medicamentosas (incluindo álcool, medicamentos de venda livre, e medicina tradicional/alternativa), e os efeitos adversos do tratamento e retifique-o conforme a necessidade.

» Facilite o encaminhamento a especialistas, sempre que necessário e possível.

» Esforce-se para vincular a pessoa ao apoio comunitário.

» Durante o seguimento, reavalie as expectativas da pessoa em relação ao tratamento, sua situação clínica, seu entendimento do tratamento e sua adesão ao mesmo e corrija eventuais equívocos.

» Encoraje a auto-monitorização dos sintomas e explique quando deverá buscar ajuda imediatamente.

» Documente por escrito, no prontuário, os aspectos chave das interações com a pessoa e com seus familiares.

» Use recursos da família e da comunidade para entrar em contato com pessoas que deixaram de comparecer a um retorno regular.

» Marque retornos mais frequentes para mulheres grávidas ou que estejam planejando uma gravidez.

» Avalie os riscos potenciais dos medicamentos para o feto ou bebê, ao cuidar de uma mulher grávida ou lactante.

» Assegure-se de que os bebês de mulheres lactantes que tomam medicamentos sejam monitorizados quanto aos seus efeitos adversos ou à sua suspensão, e obtenha uma avaliação mais aprofundada, se for necessário.

» Marque retornos mais frequentes para as pessoas idosas com condições prioritárias, e consequente perda de autonomia, ou em situação de isolamento social.

» Assegure-se de que a pessoa seja tratada de maneira holística, atendendo também as necessidades da saúde mental de pessoas com doenças físicas, bem como as necessidades da saúde física de pessoa com transtornos mentais.

4. Apoio social: mobilização e fornecimento

» Seja sensível às dificuldades sociais que a pessoa possa estar atravessando, e observe como elas podem influenciar sua saúde e seu bem-estar físico e mental.

Princípios Gerais de Cuidados

» Sempre que for apropriado, envolva o acompanhante ou os membros da família nos cuidados da pessoa.

» Encoraje a participação em grupos de autoajuda e de apoio familiar, sempre que houver.

» Identifique e mobilize fontes possíveis de apoio social e comunitário na localidade, incluindo apoio educacional, habitacional e vocacional.

» Para crianças e adolescentes, coordene o apoio educacional e social com as escolas, sempre que possível.

5. Proteção dos direitos humanos

» Dê especial atenção aos padrões de direitos humanos nacionais e internacionais.

» Promova a autonomia e a vida independente na comunidade, e desestimule a institucionalização.

» Preste os cuidados de forma que respeite a dignidade da pessoa, que seja sensível e apropriada à sua cultura, e livre de discriminação baseada em raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica, indígena ou social e status econômico ou de ordem de nascimento.

» Assegure-se de que a pessoa entende o tratamento proposto e que consente informada e livremente com o mesmo.

» Envolva crianças e adolescentes em decisões relativas ao tratamento de maneira compatível com seu nível de desenvolvimento e dê-lhes a oportunidade de falar sobre sua preocupações com privacidade.

» Dê especial atenção à confidencialidade, bem como ao direito da pessoa à privacidade.

» Com o consentimento da pessoa, mantenha seus cuidadores informados sobre seu estado de saúde, incluindo as questões relativas à avaliação, ao tratamento, ao seguimento, e a qualquer efeito colateral possível.

» Faça a prevenção do estigma, da marginalização e da discriminação, e promova a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, neurológicos e devidos ao uso de álcool e outras drogas, promovendo vínculos sólidos com os setores de emprego, educação, social (incluindo habitação) e outros que sejam relevantes.

6. Atenção ao bem-estar geral

» Aconselhe sobre atividade física e manutenção de um peso corporal saudável.

» Eduque as pessoas sobre o uso nocivo de álcool.

» Encoraje o abandono do cigarro e do uso de drogas.

» Eduque sobre outros comportamentos de risco (por exemplo, sexo sem proteção).

» Realize exames físicos periódicos.

» Prepare as pessoas para as mudanças naturais da vida, tais como puberdade e menopausa, e dê o apoio necessário.

» Converse com as mulheres em idade fértil sobre planejamento de gravidez e métodos anticoncepcionais.

Documentos internacionais fundamentais sobre direitos humanos

Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou punições cruéis, desumanos ou degradantes. Resolução da Assembléia Geral das Nações Unidas no. 39/46, anexo 39 UN GAOR Supl. (No. 51) em 197, Doc. ONU A/39/51 (1984). Entrada em vigor: 26/06/1987.

http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm

Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (1979). Adotada pela Resolução 34/180 da Assembléia Geral da ONU, em 18/12/1979.

http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm

Convenção sobre os direitos da pessoa com incapacidades e protocolo original. Adotada pela Assembléia Geral da ONU, em 13/12/2006.

http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf

Convenção sobre os direitos da criança (1989). Adotada pela Resolução 44/25 da Assembléia Geral da ONU, em 20/11/1989.

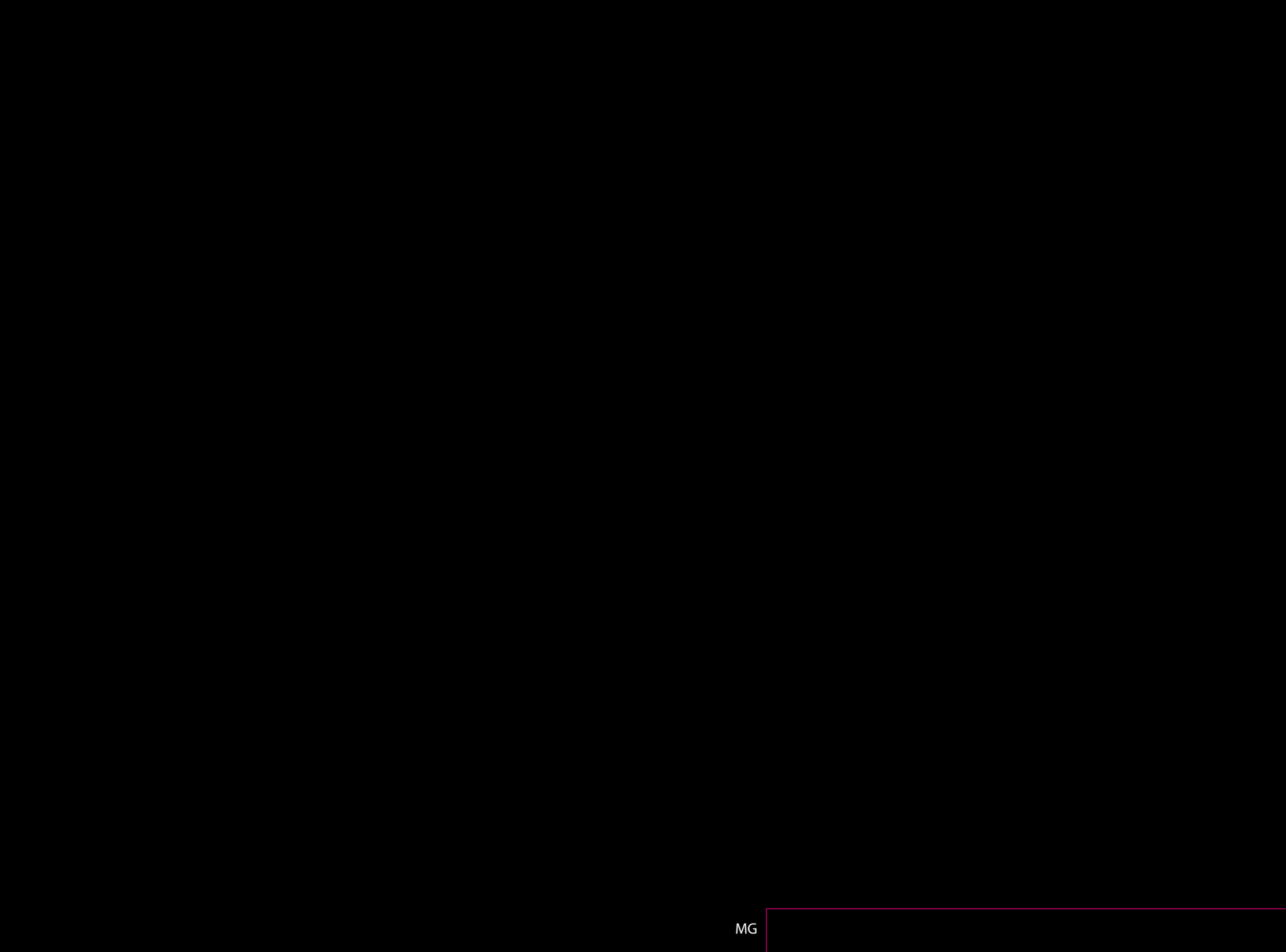
http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

Acordo internacional sobre os direitos civis e políticos (1966). Adotada pela Resolução 2200A (XXI) da Assembléia Geral da ONU, em 16/12/1966.

http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

Acordo internacional sobre os direitos econômicos, sociais e culturais (1966). Adotada pela Resolução 2200A (XXI) da Assembléia Geral da ONU, em 16/12/1966.

http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm


MG

MAPA GERAL DO MI-GAP: Que quadro(s) clínico(s) prioritário(s) deveria(m) ser avaliado(s)?

1. *Estas apresentações comuns indicam a necessidade de avaliação.*
2. *Se houver alguém com características de mais de um quadro, todos eles devem ser avaliados.*
3. *Todos esses quadros se aplicam a todas as idades, exceto quando for especificado em contrário.*

APRESENTAÇÃO COMUM	QUADRO CLÍNICO A SER AVALIADO	VÁP ARA O MÓDULO	
▸ Pouca energia; fadiga; problemas de sono ou do apetite ▸ Humor persistentemente baixo ou ansioso; irritabilidade ▸ Pouco interesse ou prazer em atividades que eram interessantes ou prazerosas ▸ Múltiplos sintomas sem causa física clara (p. ex. dores, palpitações, anestesias) ▸ Dificuldades para desempenhar as tarefas habituais (trabalho, escola, atividades domésticas ou sociais)	Depressão *•	DEP	10
▸ Comportamento anormal ou desorganizado (p. ex., discurso incoerente ou irrelevante, aparência incomum, falta de autocuidados, aspecto descuidado) ▸ Delírios (crença ou desconfiança falsa irredutível) ▸ Alucinações (ouvir vozes ou ver coisas que não existem) ▸ Negligência das responsabilidades usuais relacionadas ao trabalho, escola, atividades domésticas ou sociais ▸ Sintomas maníacos (vários dias se sentindo anormalmente feliz, cheio d energia, falando muito, muito irritável, sem dormir, com comportamento irresponsável)	Psicose *	PSI	18
▸ Movimentos convulsivos ou convulsões/ataques ▸ Durante a convulsão: – perda ou alteração da consciência – rigidez ou endurecimento do corpo – mordeduras de língua, ferimentos, incontinência de urina ou fezes ▸ Após a convulsão: fadiga, tontura, sonolência, confusão mental, comportamento anormal, dor de cabeça, dores musculares, ou fraqueza em um lado do corpo	Epilepsia / Convulsões	EPI	32
▸ Desenvolvimento retardado: aprendizagem muito mais lenta do que de outras crianças da mesma idade para: sorrir, sentar-se, ficar em pé, falar/comunicar-se, e outras áreas do desenvolvimento, tais como ler e escrever ▸ Anomalias da comunicação: comportamento limitado, repetitivo ▸ Dificuldades para desempenhar as atividades cotidianas normais ara sua idade	Transtornos do Desenvolvimento Crianças e adolescentes	DES	40

- Desatenção e "desligamento" excessivos, seguidamente interrompe o que faz antes de acabar e passa para outra atividade
- Hiperatividade excessiva; corre sem parar, extrema dificuldade para permanecer sentado, fala excessivamente, movimenta-se sem parar
- Impulsividade excessiva: com freqüência faz coisas sem planejar
- Comportamentos repetidos e continuados que incomodam os demais (p. ex., crises de birra graves e incomumente frequentes, comportamento cruel, desobediência grave e persistente, roubos)
- Alterações súbitas de comportamento ou de relações de amizade, que incluem isolamento e raiva

Transtornos Comportamentais — TCO

Crianças e adolescentes

44

- Perda ou outros problemas de memória (esquecimentos graves) e da orientação (tempo, espaço e pessoa)
- Problemas do humor ou de comportamento, tais como apatia (desinteresse) ou irritabilidade
- Perda do controle emocional – facilmente se irrita, aborrece ou chora
- Dificuldades para desempenhar as atividades usuais no trabalho, em casa ou na escola

Demência — DEM

Idosos

50

- Aspecto de estar sob os efeitos do álcool (p. ex., hálito alcoólico, aspecto de embriagado, de ressaca)
- Ferimentos
- Sintomas somáticos associados ao uso de álcool (p. ex., insônia, fadiga, anorexia, náusea, vômitos, indigestão, diarréia, dores de cabeça)
- Dificuldades para desempenhar as atividades usuais no trabalho, em casa ou na escola

Transtornos por Uso de Álcool — ALC

58

- Aspecto de estar sob os efeitos de drogas (p. ex., pouca energia, agitação, inquietação, fala arrastada)
- Sinais de uso de drogas (marcas de injeções, infecção da pele, aspecto mal cuidado)
- Pedidos de receita de medicamentos sedativos (remédio para dormir, opioides)
- Dificuldades financeiras ou problemas legais relativos a crimes
- Dificuldades para desempenhar as atividades usuais no trabalho, em casa ou na escola

Transtornos por Uso de Drogas — DRU

66

- Pensamentos, planos ou atos atuais de autoagressão ou suicídio
- História de pensamentos, planos ou atos de autoagressão ou suicídio

Autoagressão / Suicídio — SUI

74

* O módulo Transtorno Bipolar (BIP) pode ser acessado tanto pelo módulo Psicose quanto pelo módulo Depressão

❧ O módulo Outras Queixas Emocionais Significativas ou sem Explicação Médica (OUT) pode se acessado através do módulo Depressão

DEP

Depressão

Depressão moderada-grave

Em episódios depressivos típicos, a pessoa sente, durante no mínimo duas semanas, o humor deprimido e uma redução da energia que leva a uma diminuição da atividade, e perde o interesse e o prazer. Muitas pessoas com depressão também sofrem de sintomas de ansiedade e sintomas somáticos físicos sem explicação médica.

Este módulo cobre a depressão moderada-grave ao longo da vida, desde a infância e a adolescência até à velhice.

A pessoa classificada na categoria Depressão Moderada-Grave do MI-GAP tem dificuldades para desempenhar suas atividades habituais – no trabalho, na escola, nos afazeres domésticos e nas atividades sociais – devido aos sintomas de depressão.

O manejo dos sintomas que não atingem a gravidade moderada-grave será abordado no módulo sobre Outras Queixas Emocionais Importantes ou Somáticas sem Explicação Médica. » OUT

Deve-se notar que pessoas expostas a graves adversidades com frequência passam por dificuldades psicológicas consistentes com sintomas de depressão, mas não têm, necessariamente depressão moderada-grave. Ao avaliar se a pessoa tem depressão moderada-grave, é essencial investigar não apenas se a pessoa tem sintomas, mas, também, se tem dificuldades no desempenho cotidiano devido aos sintomas.

Depressão

Guia de Avaliação e Manejo

1. A pessoa tem depressão moderada-grave?

» **A pessoa apresentou, durante 2 semanas, no mínimo, 2 dos seguintes sintomas essenciais de depressão:**

- Humor deprimido (a maior parte do dia, quase todos os dias) (para crianças e adolescentes: irritabilidade ou humor deprimido)
- Perda do interesse ou prazer em atividades que normalmente são prazerosas
- Diminuição da energia ou fadiga fácil

» **Durante as últimas 2 semanas a pessoa teve no mínimo outras 3 características de depressão:**

- Redução da capacidade de concentração e de atenção
- Redução da auto-estima e da auto-confiança
- Ideias de culpa e de desvalia
- Visão pessimista e vazia do futuro
- Ideias ou atos auto-destrutivos ou suicidas
- Perturbação do sono
- Perturbação do apetite

» **A pessoa tem dificuldades para desempenhar suas tarefas habituais no trabalho, na escola, em casa ou suas atividades sociais?**

SIM

Se SIM para as 3 perguntas, então, é provável o diagnóstico de **depressão moderada-grave.**

» Psicoeducação. **» DEP 2.1**
» Cuide dos estressores psicossociais recentes. **» DEP 2.2**
» Reative as redes sociais. **» DEP 2.3**
» Pense na possibilidade de usar antidepressivos. **» DEP 3**
» Caso estejam disponíveis, pense na possibilidade de usar terapia interpessoal, ativação comportamental ou terapia cognitivo-comportamental. **» INT**
» Caso estejam disponíveis, pense na possibilidade de usar tratamentos adjuntos: programa estruturado de atividade física. **» DEP 2.4,** treinamento de relaxamento ou tratamento de solução de problemas. **» INT**
» NÃO maneje as queixas com injeções nem com outros tratamentos ineficazes (por exemplo, vitaminas).
» Proponha um seguimento regular. **» DEP 2.5**

NÃO

Se NÃO a alguma ou a todas as 3 perguntas, e se nenhuma outra condição prioritária foi identificada no Mapa Principal do MI-GAP

» Saia deste módulo e avalie **Outras Queixas Emocionais Significativas ou Somáticas sem Explicação Médica. » OUT**

Investigue perdas recentes ou luto nos últimos 2 meses

Em caso de perdas importantes ou luto recentes

Siga o conselho acima, porém, NÃO empregue antidepressivos nem psicoterapia como primeira linha de tratamento. Converse sobre meios culturalmente apropriados para se adaptar às perdas e estimule-os.

Depressão

DEP1

Guia de Avaliação e Manejo

2. A pessoa tem depressão bipolar?

» Pergunte sobre **episódios prévios de sintomas maníacos**, tais como humor excessivamente exaltado, expansivo ou irritável, aumento das atividades, fala excessiva, fuga de ideias, enorme redução da necessidade de sono, extrema distraibilidade ou comportamento descuidado. Veja o Módulo sobre Transtorno Bipolar. **» BIP**

SIM

Provável **depressão bipolar** se a pessoa teve:

» 3 ou mais sintomas maníacos que duraram no mínimo 1 semana OU

» Um diagnóstico previamente estabelecido.

» Maneje a depressão bipolar.
Veja o Módulo sobre Depressão Bipolar. **» BIP**

NOTA: As pessoas com depressão bipolar correm o risco de desenvolver mania, cujo tratamento é diferente.

3. A pessoa tem depressão com elementos psicóticos (delírios, alucinações, estupor)?

SIM

Se SIM

» Reforce o tratamento indicado acima para depressão moderada-grave com um antipsicótico, após consulta a um especialista.
Veja o Módulo sobre Psicose. **» PSI**

4. Condições concomitantes

» **(Re)avalie o risco de suicídio / auto-agressão** (veja o Mapa Geral do MI-GAP).
» **(Re)avalie a possível presença de transtorno por uso de álcool ou de transtorno por uso de drogas** (veja o Mapa Geral do MI-GAP).
» **Investigue outras doenças físicas concomitantes,** particularmente sinais e sintomas sugestivos de hipotireoidismo, anemia, cânceres, derrame, hipertensão, diabetes, VIH/AIDS, obesidade ou uso de medicamentos que podem exacerbar a depressão (como esteroides).

SIM

Se houver uma doença concomitante

» Maneje tanto a depressão moderada-grave quanto a condição concomitante.

» Monitorize a adesão ao tratamento das doenças concomitantes, pois a depressão pode reduzir essa adesão.

5. A pessoa é uma mulher em idade fértil

Pergunte sobre:

- Gravidez atual confirmada ou suspeita
- Data da última menstruação, se estiver grávida
- Possível amamentação

SIM

Se estiver grávida ou amamentando

Siga o tratamento da depressão moderada-grave indicada acima, porém

- Durante a gravidez e a amamentação os antidepressivos devem ser evitados o mais possível.
- Se não houver resposta ao tratamento psicossocial, pense em usar a menor dose possível de antidepressivos.
- **CONSULTE UM ESPECIALISTA**
- Evite os medicamentos de longa ação (como a fluoxetina), se a mulher estiver amamentando.

6. A pessoa é uma criança ou um/uma adolescente

Se tiver menos de 12 anos

- **NÃO** prescreva medicamentos antidepressivos.
- Forneça psicoeducação aos pais. **» DEP 2.1**
- Cuide dos estressores psicossociais atuais. **» DEP 2.2**
- Proponha um seguimento regular. **» DEP 2.5**

Se tiver 12 anos ou mais

- **NÃO** considere os antidepressivos como primeira linha de tratamento.
- Psicoeducação. **» DEP 2.1**
- Cuide dos estressores psicossociais atuais. **» DEP 2.2**
- Caso estejam disponíveis, pense na possibilidade de usar terapia interpessoal, ativação comportamental ou terapia cognitivo-comportamental. **» INT**
- Caso estejam disponíveis, pense na possibilidade de usar tratamentos adjuntos: programa estruturado de atividade física **» DEP 2.4**, treinamento de relaxamento ou tratamento de solução de problemas. **» INT**
- Se as intervenções psicossociais se mostrarem ineficazes, pense em usar a fluoxetinas (mas não outros ISRS, nem tricíclicos). **» DEP 3**
- Proponha um seguimento regular. **» DEP 2.5**

Depressão

DEP2

Particularidades da Intervenção

Tratamento e Aconselhamento Psicossocial / Não-farmacológico

2.1 Psicoeducação
(para a pessoa e sua família, conforme o caso)

» Depressão é um problema muito comum que pode acometer qualquer um.

» As pessoas deprimidas tendem a ter opiniões infundadas sobre si mesmas, sua vida e seu futuro.

» Existem tratamentos efetivos, que tendem a durar algumas semanas antes que a depressão comece a ceder. Portanto, a adesão estrita ao tratamento proposto é muito importante.

» Deve-se insistir nos seguintes pontos:
- **não interromper as atividades que eram interessantes ou que davam prazer**, independentemente de se no momento parecem desinteressantes ou não derem nenhum prazer, na medida do possível;
- tentar **manter um ritmo de sono regular** (ou seja, ir para a cama no mesmo horário, tentar dormir o mesmo número de horas, evitar dormir demais);
- **realizar regularmente atividades físicas**, na medida do possível;
- manter regularmente as atividades sociais, incluindo a participação em atividades sociais comunitárias, na medida do possível;
- identificar **ideias de auto-destruição ou suicídio**, e retornar em busca de ajuda quando isso acontecer;
- para os idosos, continuar a buscar ajuda para os problemas de saúde física.

2.2 Cuidar dos estressores psicossociais atuais

» Dê à pessoa a **oportunidade de falar**, de preferência num recinto privativo. Peça que ela lhe diga qual é seu entendimento das causas de seus sintomas.

» Pergunte sobre os **estressores psicossociais atuais** e, na medida do possível, cuide das questões sociais pertinentes e trate de encaminhar a solução do estressores psicossociais ou das dificuldades de relacionamento com a ajuda de serviço/recursos da comunidade.

» Avalie e maneje qualquer situação de **maus tratos, abuso** (por exemplo, violência doméstica) e **negligência** (por exemplo, de crianças ou de idosos). Contate os recursos legais e da comunidade, conforme seja apropriado.

» **Identifique e envolva os membros da família que apoiam**, na medida do possível e apropriado.

» **Em crianças e adolescentes:**
- Avalie e maneje os **problemas mentais, neurológicos e relacionados ao uso de álcool e outras drogas** (principalmente a depressão) dos pais (veja o Mapa Geral do MI-mhGAP).
- Avalie os **estressores psicossociais dos pais** e maneje-os na medida do possível com a ajuda de serviços/recursos da comunidade.
- Avalie e maneje **maus tratos, exclusão** ou ***bullying*** (pergunte sobre isso diretamente à criança ou ao/à adolescente).
- Se houver **problemas de desempenho escolar**, converse com os/as professores/as sobre como ajudar o/a estudante.
- Proporcione treinamento em habilidades paternas culturalmente adequado, se houver esse disponibilidade. » **INT**

2.3 Reative as redes sociais

» Identifique as **atividades sociais anteriores** da pessoa que, se retomadas, têm um potencial para fornecer um apoio psicossocial direto ou indireto (por exemplo, reuniões de família, saídas com amigos, visita a vizinhos, atividades sociais no local de trabalho, práticas de esportes, atividades comunitárias).

» Aproveite as habilidades e os pontos fortes da pessoa e ativamente encoraje-a a **retomar suas atividades sociais anteriores**, na medida do possível.

2.4 Programa estruturado de atividades físicas
(opção de tratamento acessório para a depressão moderada-grave)

» Organização de atividades física de duração moderada (por exemplo, 45 minutos) 3 vezes por semana.

» Investigue com a pessoa que tipo de atividade física lhe é mais atrativa, e apoie-a a aumentar gradualmente a quantidade de atividade física, começando, por exemplo, com 5 minutos de atividade física.

2.5 Proponha um seguimento regular

» Siga regularmente a pessoa (por exemplo, na unidade sanitária, por telefone, ou através do agente comunitário de saúde).

» Reavalie a pessoa, por exemplo, em 4 semanas.

Medicação antidepressiva

3.1 A introdução da medicação

» **A seleção de um antidepressivo**
- Selecione um antidepressivo da farmacopeia nacional ou da OMS. A Lista de Medicamentos Essenciais da OMS inclui a fluoxetina (mas nenhum outro ISRS) e a amitriptilina bem como outros antidepressivos tricíclicos (ATC). Veja **» DEP 3.5**
- Ao selecionar um antidepressivo para uma pessoa, leve em conta seu padrão de sintomas, o perfil de efeitos colaterais do medicamento, e a eficácia de tratamentos anteriores com antidepressivos, se houve.
- Para as doenças físicas comórbidas: antes de prescrever um antidepressivo, pense nas interações entre os medicamento e as doenças e entre os diversos medicamentos.
- A combinação de antidepressivos com antipsicóticos requer a supervisão de um especialista, ou sua consultoria.

» **Informe a pessoa e seus familiares sobre:**
- a demora do início dos efeitos;
- efeitos colaterais potenciais e os riscos desses efeitos, alertando para buscar ajuda imediatamente se forem muito incômodos, e como identificar sinais de mania;
- a possibilidade do aparecimento de sintomas de abstinência com a interrupção do tratamentos (e mesmo com o esquecimento de tomadas), e que esses sintomas, em geral, são leves e desaparecem com o tempo, mas, ocasionalmente, podem ser graves, principalmente se a medicação for interrompida abruptamente. Contudo, os antidepressivos não causam dependência;
- a duração do tratamento, destacando que os antidepressivos são eficazes tanto para tratar a depressão como para prevenir suas recaídas.

3.2 Precauções a serem tomadas para o uso de antidepressivos em populações especiais

» **Pessoas com ideias, planos ou atos autoagressivos ou suicidas**
- Os ISRS são a primeira escolha.
- Monitorize com frequência (por exemplo, uma vez por semana).
- A fim de evitar *overdoses* em pessoas em risco iminente de autoagressão/suicídio, assegure-se de que a pessoa tem acessos apenas a uma quantidade limitada do medicamento (prescreva para uma semana apenas, de cada vez). Veja o Módulo sobre Autoagressão/Suicídio. **» SUI 1**

» **Adolescentes com 12 anos ou mais**
- Se as intervenções psicossociais forem ineficazes, considere a possibilidade de usar a fluoxetina (mas não outros ISRS, nem ATCs).
- Sempre que possível, consulte um especialista em saúde mental ao usar fluoxetina para tratar adolescentes.
- Monitorize os adolescentes tratados com fluoxetina com frequência (idealmente, uma vez por semana) quanto ao surgimento de ideação suicida durante o primeiro mês do tratamento. Informe os adolescentes e seus pais sobre o risco aumentado de ideação suicida e que eles devem entrar em contato urgentemente se perceberem essas características.

» **Pessoas idosas**
- Na medida do possível, deve-se evitar os ATCs. Os ISRS são a primeira escolha.
- Monitorize cuidadosamente os efeitos colaterais, principalmente os dos ATCs.
- Não se esqueça do risco das interações medicamentosas, e dê mais tempo para obter uma resposta (6 a 12 semanas, no mínimo, antes de concluir que o medicamento é ineficaz, e 12 semanas, se houver uma resposta parcial nesse período).

» **Pessoas com doenças cardiovasculares**
- Os ISRS são a primeira escolha.
- **NÃO** prescreva ATCs a pessoas com sério risco de arritmias cardíacas, nem com infarto de miocárdio recente.
- Em todos os casos cardiovasculares, meça a pressão arterial antes de prescrever um ATC e controle a hipotensão ortostática, depois de iniciar um ATC.

3.3 Monitoração de pessoas sob medicação antidepressiva

» Se surgirem **sintomas de mania** durante o tratamento, suspenda imediatamente os antidepressivos e avalie e maneje como mania e transtorno bipolar. **» BPD**

» Se uma pessoa sob ISRS apresentar **acatisia acentuada ou prolongada** (sensação interior de inquietação ou incapacidade para ficar sentado ou parado), reveja o uso da medicação. Troque para um ATC ou considere o uso concomitante de diazepam (5 a 10 mg por dia) por breve período (1 semana). No caso de trocar para um ATC, lembre-se de sua pior tolerância ocasional comparada ao ISRS e o risco maior de cardiotoxicidade e da toxicidade da *overdose*.

» Se houver **baixa adesão**, identifique e trate de abordar as razões dessa baixa adesão (por exemplo, efeitos colaterais, custos, crenças pessoais sobre a doença e o tratamento).

» Se houver **resposta inadequada** (piora sintomática ou nenhuma melhora após 4-6 semanas): reveja o diagnóstico e verifique se a medicação foi tomada regularmente e prescrita nas doses máximas. Pense em aumentar a dose. Se os sintomas persistirem por 4-6 semanas com a dose máxima, pense em mudar para outro tipo de tratamento (isto é, tratamentos psicológicos) **» INT** , para outra classe de antidepressivo **» DEP 3.5**). Troque de antidepressivo com cuidado, ou seja, interrompa o primeiro medicamento, deixe a pessoa sem nenhum medicamento por alguns dias, se for possível; introduza o segundo medicamento. Se for passar da fluoxetina para um ATC, o período sem medicamento deve ser mais prolongado, uma semana, por exemplo.

Depressão

Particularidades da Intervenção

» Se não houver nenhuma resposta ao uso adequado de dois medicamentos antidepressivos ou ao uso adequado de um medicamento antidepressivo e uma série de TCC ou de TIP, **CONSULTE UM ESPECIALISTA**.

3.4 Suspensão de medicamentos antidepressivos

» **Pense em suspender** a medicação antidepressiva depois que a pessoa (i) não tiver sintomas, ou muito poucos, por 9-12 meses, e (ii) nesse período estiver desempenhando suas atividades rotineiras.

» **Conclua o tratamento** da seguinte maneira:

– Converse com a pessoa sobre o fim do tratamento com antecedência.

– Reduza gradualmente as doses dos ATC e da maioria dos ISRS ao longo de 4 semans, no mínimo (a fluoxetina pode ser reduzida em tempo menor). Algumas pessoas podem precisar de um tempo mais longo.

– Informe a pessoa sobre os riscos de sintomas de abstinência ao suspender ou reduzir as doses, e que estes sintomas, em geral, são leves e desaparecem por si sós, mas, ocasionalmente, podem ser graves, principalmente se a medicação for interrompida abruptamente.

– Informe a pessoa sobre os sintomas precoces de uma recaída (por exemplo, alteração do sono ou do apetite durante mais de 3 dias) e sobre os retornos de rotina.

– Repita as mensagens psicoeducacionais, quando relevante.
» DEP 2.1

» **Monitorize e maneje os sintomas da abstinência de antidepressivos** (comuns: tonturas, formigamento, ansiedade, irritabilidade, fadiga, dor de cabeça, náusea, problemas de sono)

– Sintomas leves de abstinência: tranquilize a pessoa e monitorize os sintomas.

– Sintomas graves de abstinência: reintroduza o antidepressivo na dose efetiva e tente reduzir mais gradualmente.

– **CONSULTE UM ESPECIALISTA** se persistirem sintomas graves de abstinência.

» **Monitorize os sintomas de recaída de uma depressão durante a abstinência de antidepressivos:** prescreva o mesmo antidepressivo, na mesma dose efetiva anterior durante 12 meses, se os sintomas da depressão retornarem.

Depressão

Particularidades da Intervenção

Esta informação é apenas uma rápida referência e não pretende ser um guia completo para o uso de medicamentos, sua dosagens e efeitos colaterais.
Mais informações podem ser obtidas em "Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care" (WHO, 2009)
(http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/evidence/en/index.html)

3.5 Informação sobre os ISRSs e ATCs

Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs; p. ex.: fluoxetina)

Efeitos colaterais graves *(são raros)*
» acatisia (inquietação interna ou incapacidade para permanecer parado) acentuada/prolongada;
» anormalidades hemorrágicas em pessoas que usam regularmente aspirina ou outros medicamentos anti-inflamatórios não esteroides.

Efeitos colaterais comuns
(a maioria destes efeitos diminui depois de alguns dias de uso; nenhum é permanente)
» inquietação, nervosismo, insônia, anorexia e outros alterações gastrointestinais, dores de cabeça, disfunção sexual.

Precauções
» risco de **induzir mania** em pessoas com transtorno bipolar.

Tempo de resposta após o início da dose adequada
» 4 a 6 semanas

Dosagem de fluoxetina em *adultos saudáveis*
» Inicie o tratamento com 20 mg por dia (a fim de reduzir os efeitos colaterais que solapam a adesão, pode-se iniciar com 10 mg (p. ex.: meio comprimido) por dia e aumente para 20 mg se o medicamento for bem tolerado.
» Se não houver resposta em 4-6 semanas, aumente a dose de 20 mg (a dose máxima é de 60mg por dia), de acordo com a tolerabilidade e a resposta sintomática.

Dosagem de fluoxetina em *adolescentes*
» Inicie o tratamento com 10 mg (p. ex.: meio comprimido) por dia e aumente para 20 mg depois de 1-2 semanas.
» Se não houver resposta em 6-12 semanas, ou apenas uma resposta parcial em 12 semanas, consulte um especialista.

Dosagem de fluoxetina em *idosos ou pessoas enfermas*
» >> Inicie o tratamento com 10 mg (p. ex.: meio comprimido) por dia ou 20mg em dias alternados durante 1-2 semanas e aumente para 20 mg, se for bem tolerado.
» Se não houver resposta em 6-12 semanas, ou apenas uma resposta parcial em 12 semanas, aumente a dose gradualmente (até um máximo de 60 mg por dia). Aumente as doses mais gradualmente do que em adultos saudáveis.

Antidepressivos tricíclicos (ATCs; p. ex.: amitriptilina)

Efeitos colaterais graves *(são raros)*
» arritmia cardíaca

Efeitos colaterais comuns
(a maioria destes efeitos diminui depois de alguns dias de uso; nenhum é permanente)
» hipotensão ortostática (risco de quedas), boca seca, obstipação intestinal, dificuldade para urinar, tonturas, visão borrada e sedação.

Precauções
» risco de induzir mania , particularmente em pessoas com transtorno bipolar.
» incapacidade para executar certas tarefas que exigem habilidade (p. ex.: dirigir veículos) - tome precauções até se habituar ao medicamento.
» risco de autoagressão *(pode ser letal em overdose)*.
» é menos efetivo e causa uma sedação mais grave em usuários regulares de bebidas alcoólicas.

Tempo de resposta após o início da dose adequada
» 4 a 6 semanas (dor e sintomas do sono tendem a melhorar em alguns dias).

Dosagem de amitriptilina em *adultos saudáveis*
» Inicie o tratamento com 50 mg, ao deitar.
» Aumente 25 mg a cada 1-2 semanas, até atingir 100-150 mg com 4-6 semanas de tratamento, dependendo da resposta e da tolerabilidade.
» Se não houver resposta em 4-6 semanas, ou apenas uma resposta parcial em 6 semanas aumente a dose gradualmente (a dose máxima é de 200 mg por dia), em duas tomadas diárias ou apenas uma, ao deitar.

Dosagem de fluoxetina em *adolescentes*
» **NÃO PRESCREVA** amitriptilina para adolescentes.

Dosagem de fluoxetina em idosos ou pessoas enfermas
» Inicie o tratamento com 25 mg, ao deitar.
» Aumente 25 mg por semana, até atingir 50-75 mg com 4-6 semanas de tratamento.
» Se não houver resposta em 6-12 semanas, ou apenas uma resposta parcial em 12 semanas, aumente a dose gradualmente (até um máximo de 100 mg por dia), em duas tomadas diárias.
» Monitorize a hipotensão ortostática.

PSI

Psicose

A psicose é caracterizada por distorções do pensamento e da percepção, bem como por um emoções inadequadas ou a de expressão reduzida. Pode estar presente também um discurso incoerente ou irrelevante. Alucinações (ouvir vozes ou ver coisas que não existem), delírios (crenças falsas irredutíveis e idiossincrásicas) ou desconfianças excessivas ou injustificadas também podem ocorrer. Pode-se observar observar graves anormalidades do comportamento, que pode estar desorganizado, agitado, excitado, hiperativo ou inativo. Pode-se também detectar perturbações das emoções, como apatia acentuada ou uma desconexão entre a emoção relatada e o afeto observado (por exemplo, entre as expressões faciais e a linguagem corporal). As pessoas com psicose são altamente expostas à violação de seus direitos humanos.

Psicose

Guia de Avaliação e Manejo

1. A pessoa tem uma psicose aguda?

- » Discurso incoerente ou irrelevante
- » Delírios
- » Alucinações
- » Isolamento, agitação, comportamento desorganizado
- » Crença em que estão introduzindo pensamentos em sua cabeça ou roubando-os
- » Isolamento social e negligência de suas responsabilidades habituais relacionadas ao trabalho, à escola ou às atividades domésticas ou sociais

Pergunte à pessoa ou a seu acompanhante

- » Quando o episódio começou
- » Se houve episódios anteriores
- » Pormenores de qualquer tratamento prévio ou atual

SIM

Se houver diversos desses sintomas, é provável que seja uma **psicose.**

Se este episódio for:

- » o primeiro episódio OU
- » uma recaída OU
- » o agravamento de sintomas psicóticos

trata-se de um **episódio psicótico agudo**

- » Eduque a pessoa e seus cuidadores sobre a psicose e seu tratamento **» PSI 2.1**
- » Inicie o tratamento com medicação antipsicótica. **» PSI 3.1**
- » Se estiver disponível, proporcione intervenções psicológicas e sociais, como terapia de família ou terapia de habilidades sociais. **» INT**
- » Facilite a reabilitação. **» PSI 2.2**
- » Marque retornos regulares. **» PSI 2.3**
- » Mantenha um otimismo e uma esperança realistas.

NOTA: NÃO prescreva medicamentos anticolinérgicos de rotina para prevenir efeitos colaterais dos antipsicóticos.

Afaste sintomas psicóticos devidos a:

- » Intoxicação ou síndrome de abstinência de álcool (Veja os módulos Transtornos por uso de Álcool/Drogas **» ALC** e **» DRO**)
- » *Delirium* devido a condições clínicas agudas como malária cerebral, infecções generalizadas/septicemia, trauma craniano

2. A pessoa tem uma psicose crônica?

SIM

Se os sintomas persistem por mais de 3 meses é provável que seja uma **psicose crônica**

- » Eduque a pessoa e seus cuidadores sobre a psicose e seu tratamento. **» PSI 2.1**

SE A PESSOA NÃO ESTIVER RECEBENDO NENHUM TRATAMENTO, INICIE-O COMO PARA UM EPISÓDIO DE PSICOSE AGUDA

- » Reveja e assegure a adesão ao tratamento.
- » Se a pessoa não responder adequadamente, pense em aumentar a dose da medicação atual ou substituí-la. **» PSI 3.1 e 3.2**
- » Se estiver disponível, proporcione intervenções psicológicas e sociais, como terapia de família ou terapia de habilidades sociais. Pense em acrescentar uma intervenção psicossocial ainda não proporcionada, tal como terapia cognitivo-comportamental, se estiver disponível. **» INT**
- » Marque retornos regulares. **» PSI 2.3**
- » Mantenha um otimismo e uma esperança realistas.
- » Facilite a reabilitação. **» PSI 2.2**

Psicose

PSI1

Guia de Avaliação e Manejo

3. A pessoa está tendo um episódio maníaco?

Investigue:

» Vários dias de:
- Humor acentuadamente elevado ou irritável
- Energia e atividade excessivas
- Excesso de fala
- Inquietação

» História pregressa:
- Humor deprimido
- Energia e atividade diminuídas

(Veja o Módulo Depressão para pormenores) **» DEP**

SIM

Se SIM, poderia ser um transtorno bipolar

» Saia deste modulo e vá para o **Módulo Transtorno Bipolar**. **» BPD**

NOTE:

» As pessoas que só têm episódios maníacos (sem depressão) também são classificadas como tendo transtorno bipolar.

» É comum a recuperação completa entre episódios do transtorno maníaco.

4. Investigue condições concomitantes

» Transtornos por uso de álcool ou drogas
» Suicídio / autoagressão
» Demência
» Doenças físicas concomitantes: *Em particular, sinais/sintomas sugestivos de acidente vascular cerebral, diabetes, hipertensão, AIDS, malaria cerebral, ou medicamentos (p. ex., esteroides)*

SIM

Se SIM, então

» Maneje tanto a psicose quanto as condições concomitantes.

Mulher em idade fértil?

» No caso de mulheres grávidas, se possível, faça um contato com um especialista em saúde materna para planejar os cuidados.
» Explique o risco das consequências adversas para a mãe e o bebê, incluindo o risco de complicações obstétricas e de recaída da psicose (particularmente se houver troca ou interrupção da medicação.)
» As mulheres com psicose que estejam planejando uma gravidez, ou que estejam grávidas ou amamentando deveriam ser tratadas com baixas doses de haloperidol ou de clorpromazina, por via oral.
» Evite o uso rotineiro de antipsicóticos de depósito.

Intervenções Psicossociais

2.1 Psicoeducação

» **Transmita as seguintes mensagens para a pessoa com psicose**
- a possibilidade de se recuperar;
- a importância de continuar as atividades regulares sociais, educacionais e ocupacionais, na medida do possível;
- o sofrimento e os problemas podem ser reduzidos com o tratamento;
- a importância de tomar os remédios regularmente;
- o direito da pessoa de participar em todas das decisões relativas ao seu tratamento;
- a importância de se manter saudável (p. ex., dieta saudável, atividade física regular, higiene pessoal).

» **Mensagens adicionais para os membros da família de pessoas com psicose**
- A pessoa com psicose pode ouvir vozes ou crer firmemente em coisas que não são reais.
- A pessoa com psicose em geral não acha que está doente e, às vezes, pode se tornar hostil.
- A importância de reconhecer o retorno ou a piora dos sintomas e de retornar para uma reavaliação em caso de estresse.
- A importância de incluir a pessoa nas atividades da família e em outras atividades sociais deve ser destacada.
- Os membros da família deveriam evitar expressar críticas graves ou constantes ou hostilidade em relação à pessoa com psicose.
- As pessoas com psicose em geral são discriminadas negativamente, mas deveriam gozar dos mesmos direitos que as demais pessoas.
- A pessoa com psicose pode ter dificuldades para se recuperar ou funcionar em ambiente com alto nível de estresse.
- É melhor para a pessoa manter um emprego ou qualquer outra ocupação significativa.
- Em geral, é melhor para a pessoa viver com sua família ou membros de sua comunidade, num ambiente de apoio, fora do ambiente hospitalar. Hospitalizações prolongadas deveriam ser evitadas.

2.2 Facilite a reabilitação na comunidade

Envolva ativamente as pessoas com psicose e seus cuidadores no planejamento, na implementação e na avaliação destas intervenções.

» Coordene as intervenções com o pessoal da saúde e com colegas dos serviços sociais, incluindo as organizações que trabalham com incapacidades.

» Facilite os contatos com os recursos de saúde e sociais disponíveis, a fim de satisfazer as necessidades físicas, sociais e de saúde mental da família.

» Encoraje ativamente a pessoa a retomar suas atividades sociais, educacionais e ocupacionais, conforme seja apropriado, e aconselhe os membros da família a este respeito. Facilite a inclusão em atividades econômicas, aí incluídos empregos apoiados apropriados social e culturalmente. As pessoas com psicose com freqüência são discriminadas negativamente, de forma que é importante superar preconceitos internos e externos, e trabalhar para conseguir a melhor qualidade de vida possível. Trabalhe com agências locais a fim de explorar oportunidades de emprego ou educacionais, com base nas necessidades e no nível de capacidade da pessoa.

» Se necessário e possível, explore as possibilidades de apoio habitacional ou de residência assistida.

2.3 Seguimento

» As pessoas com psicose requerem um seguimento regular.

» O seguimento inicial deveria ser o mais freqüente possível, diariamente, mesmo, até que os sintomas psicóticos comecem a responder ao tratamento. Uma vez que os sintomas tenham começado a responder, recomenda-se um seguimento quinzenal a mensal, com base nas necessidades clínicas e em fatores realidade, como disponibilidade de pessoal, distância da clínica, etc.

» Mantenha uma esperança e um otimismo realistas durante o tratamento.

» Em cada consulta de seguimento, avalie os sintomas, os efeitos colaterais dos medicamentos e a adesão ao tratamento. A falta de adesão ao tratamento é comum e a participação dos cuidadores é crítica durante tais períodos.

» Avalie e maneje as condições clínicas concomitantes.

» Avalie a necessidade de intervenções psicossociais em cada consulta de seguimento.

Psicose

Particularidades da Intervenção

Intervenções Farmacológicas

3.1 A introdução da medicação antipsicótica

» Para o rápido controle dos sintomas psicóticos agudos, os trabalhadores da saúde deveriam iniciar a medicação antipsicótica imediatamente após a avaliação. Pense no tratamento por via injetável apenas se não for possível a via oral. Não prescreva injeções de depósito ou de ação prolongada para o controle de sintomas psicóticos agudos.

» Prescreva um medicamento antipsicótico por vez.

» "Comece baixo e vá devagar". Comece com uma dose baixa, porém dentro da faixa terapêutica (veja a tabela de medicação antipsicótica ao lado) e aumente lentamente até atingir a dose mínima efetiva, a fim de reduzir o risco de efeitos colaterais.

» Teste a medicação numa dose razoável por um período mínimo de 4 a 6 semanas, antes de considerá-la inefetiva.

» As drogas de escolha inicial para uma pessoa com um transtorno psicótico agudo deveriam ser o haloperidol e a clorpromazina.

Tabela: Medicamentos antipsicóticos

Medicamento:	Haloperidol	Clorpromazina	Flufenazina de depósito / ação prolongada
Dose inicial	1.5 –3 mg	75 mg	12,5 mg
Dose típica efetiva	3– 20 mg/ dia	75 – 300 mg/ dia*	12.5 – 100 mg cada 2– 5 semanas
Via	oral/ intramuscular (em psicoses agudas)	oral	injeção intramuscular profunda na região glútea
Efeitos colaterais importantes			
Sedação	+	+++	+
Hesitação urinária	+	++	+
Hipotensão ortostática	+	+++	+
Efeitos extrapiramidais**	+++	+	+++
Síndrome neuroléptica maligna***	rara	rara	rara
Discinesia tardia****	+	+	+
Alterações do ECG	+	+	+
Contraindicações	Alterações da consciência, depressão da medula óssea, feocromocitoma, porfiria, doença dos gânglios da base	Alterações da consciência, depressão da medula óssea, feocromocitoma	Crianças, alterações da consciência, aterosclerose cerebral acentuada

Esta tabela serve apenas como rápida referência e não pretende ser um guia completo de medicamentos, doses e efeitos colaterais. Informações adicionais podem ser obtidas em "Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care" (WHO, 2009) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html).

* Em casos graves pode-se chegar a 1 g.
** Os sintomas extrapiramidais incluem reações distônicas, tremores, rigidez muscular e sinal da roda denteada.
*** A síndrome neuroléptica maligna é um transtorno raro, potencialmente letal, caracterizado por rigidez muscular, temperatura elevada e aumento da pressão arterial.
**** A discinesia tardia é um efeito a longo prazo dos medicamentos antipsicóticos caracterizada por movimentos musculares involuntários, particularmente da face, mãos e tronco.

Intervenções Farmacológicas

3.2 Monitoração de pessoas sob medicação antipsicótica

» **Se houver uma resposta inadequada a mais de um medicamento antipsicótico por vez, na dose adequada e na duração adequada:**

- Reveja o diagnóstico (bem como o de condições comórbidas).
- Exclua uma psicose induzida pelo uso de álcool ou de outra substância psicoativa (mesmo que já tenha sido afastada no início).
- Verifique a adesão ao tratamento; pense em utilizar um antipsicótico injetável de depósito ou de ação prolongada para aumentar a adesão.
- Pense em aumentar a dose do medicamento atual ou mudar para outro.
- Pense em usar antipsicóticos de segunda geração (com exceção da clozapina), se o custo e a disponibilidade não forem um fator limitante, com alternativa ao haloperidol ou à clorpromazina.
- Pense em usar a clozapina para quem não respondeu a nenhum outro agente antipsicótico na dose adequada, pelo tempo adequado. A clozapina pode empregada por agentes de saúde não-especialistas, de preferência sob a supervisão de profissionais de saúde mental, e apenas se houver a possibilidade de exames laboratoriais de rotina, devido ao risco de uma agranulocitose que pode ser fatal.

» **Se houver efeitos colaterais extrapiramidais (tais como parkinsonismo ou distonia):**

- Reduza a dose do medicamento antipsicótico, e
- Pense em mudar para outro antipsicótico (p. ex. de haloperidol para clorpromazina).
- Pense em usar medicamentos anticolinérgicos por tempo curto se as estratégias acima falharem ou os sintomas extrapiramidais forem agudos, graves ou incapacitantes.

Medicamentos anticolinérgicos

Biperideno. Se for necessário, inicie com 1 mg duas vezes ao dia, aumentando até uma dose de 3 a 12 mg/dia, por via oral ou intravenosa. Os efeitos colaterais incluem sedação, confusão mental e alterações da memória, principalmente em idosos. Efeitos colaterais raros incluem glaucoma de ângulo fechado, *miastenia gravis* e obstrução intestinal.

Trihexafenidil. Pode ser usado com um medicamento alternativo a 4-12 mg/dia. Os efeitos colaterais são semelhantes aos do biperideno.

3.3 Suspensão da medicação antipsicótica

» **Na psicose aguda**, mantenha o tratamento antipsicótico por 12 meses após a remissão completa.

» **Para pessoas com psicose crônica**, pense na suspensão do tratamento depois que a pessoa estiver estabilizada por vários anos, pesando o risco aumentado de recaída após a suspensão contra possíveis efeitos colaterais da medicação, levando em conta as preferências do paciente, e a opinião da família.

» Se possível, **CONSULTE UM ESPECIALISTA** com relação à decisão de suspender a medicação antipsicótica.

BIP

Transtorno Bipolar

BIP

O transtorno bipolar é caracterizado por episódios nos quais o humor e os níveis de atividade de uma pessoa ficam gravemente alterados. Esta alteração algumas vezes consiste numa exaltação do humor e num aumento da energia e da atividade (mania), e, em outras, numa diminuição do humor numa redução da energia e da atividade (depressão). As pessoas que tem apenas episódios de mania são também classificadas como tendo transtorno bipolar.

Transtorno Bipolar

Guia de Avaliação e Manejo

1. A pessoa se encontra num estado de mania?

Investigue:

- » Humor exaltado, expansivo ou irritado
- » Atividade aumentada, inquietação, excitação
- » Verborragia (fala excessiva)
- » Perda das inibições sociais normais
- » Redução da necessidade de dormir
- » Aumento excessivo da autoestima
- » Distraibilidade
- » Aumento da energia sexual ou desinibição sexual

Pergunte sobre:

- » Duração dos sintomas
- » Se os sintomas interferiram com as responsabilidades habituais relacionadas ao trabalho, à escola ou às atividades domésticas ou sociais
- » Se uma internação foi necessária

SIM

Se a pessoa tiver:

- » sintomas múltiplos
- » com duração de uma semana, no mínimo
- » de gravidade suficiente para interferir significativamente com o desempenho no trabalho ou social, ou que tenha requerido uma hospitalização

é provável que se trate de um caso de **mania**

- » Inicie o tratamento da mania aguda com lítio, valproato, carbamazepina ou com um antipsicótico. **» BIP 3.1**
- » Pense em usar um benzodiazepínico (como o diazepam) por tempo limitado, para as alterações comportamentais ou a agitação **» BIP 3.2**
- » Interrompa o uso de qualquer antidepressivo. **» BIP 3.3**
- » Aconselhe a pessoa a modificar o estilo de vida, forneça informações sobre o transtorno bipolar e seu tratamento. **» BIP 2.1**
- » Faça um seguimento regular. **» BIP 2.4**

Se os sintomas de mania estiverem associados à intoxicação por drogas, maneje de acordo com o Módulo Transtorno por Uso de Drogas » DRU

2. A pessoa já teve um episódio maníaco, mas no momento tem depressão bipolar?

(Avalie de acordo com o Módulo sobre Depressão **» DEP**)

SIM

Se SIM, é provável que se trate de uma **depressão bipolar**

- » Inicie o tratamento com um estabilizador do humor. **» BIP 4**
- » Pense em usar um antidepressivo associado a um estabilizador do humor nos casos de depressão moderada/grave, de acordo com as sugestões do Módulo Depressão. **» DEP**

Informe a pessoa sobre os riscos de uma virada para mania antes de iniciar o antidepressivo.

- » Aconselhe a pessoa a modificar o estilo de vida, forneça informações sobre o transtorno bipolar e seu tratamento. **» BIP 2.1**
- » Reative as redes sociais. **» BIP 2.2**
- » Pense em intervenções psicológicas, se estiverem disponíveis. **» INT**
- » Desenvolva reabilitação, incluindo atividades econômicas e educacionais, usando os sistemas formais e informais. **» BIP 2.3**
- » Faça um seguimento regular. **» BIP 2.4**

Transtorno Bipolar

Guia de Avaliação e Manejo

3. Investigue a presença de condições concomitantes

- Transtorno por uso de álcool ou de drogas
- Demência
- Suicídio / autoagressão
- Doenças clínicas concomitantes, especialmente hipo ou hipertireoidismo, doenças renais ou cardiovasculares

SIM

Se SIM

- Trate tanto o transtorno bipolar quanto as condições concomitantes.

4. A pessoa não está, no momento, nem maníaca nem deprimida, mas tem história de mania?

SIM

Esta pessoa provavelmente tem transtorno bipolar e está atualmente entre episódios.

A prevenção da recaída será necessária se a pessoa tiver tido:

- 2 ou mais episódios agudos (p. ex. 2 episódios de mania ou um episódio de mania e um episódio de depressão).

OU

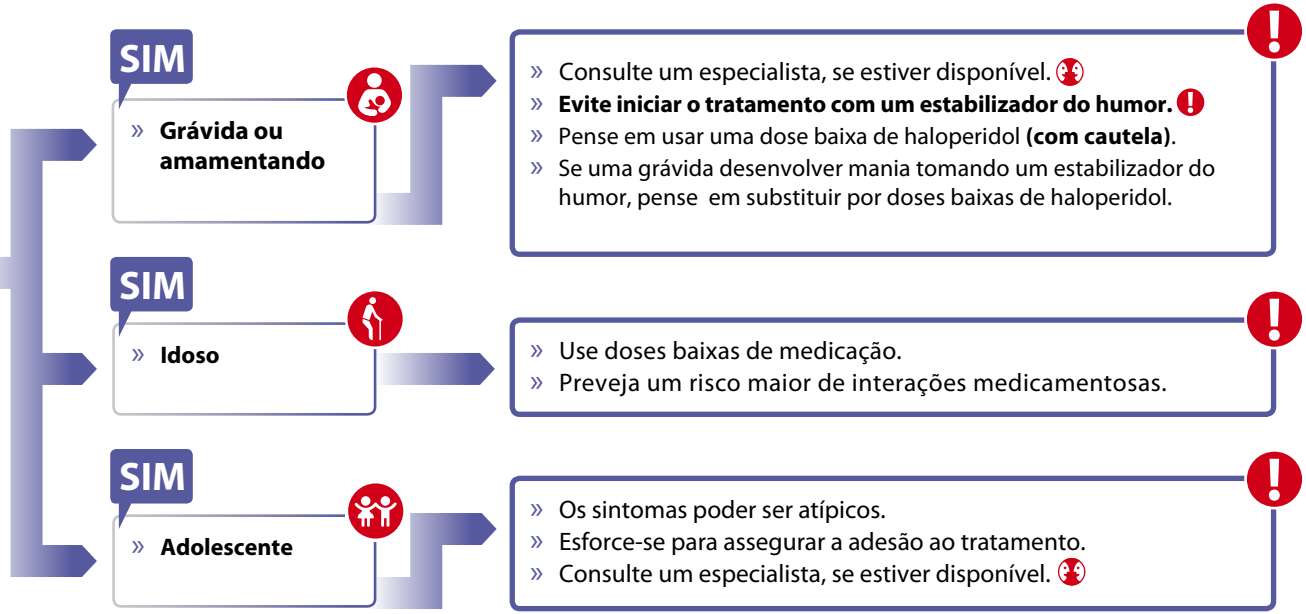
- um único episódio maníaco que envolveu riscos significativos e teve consequências adversas

- Se a pessoa não estiver tomando um estabilizador do humor, inicie um. **» BIP 4**
- Aconselhe a pessoa a modificar o estilo de vida, forneça informações sobre o transtorno bipolar e seu tratamento. **» BIP 2.1**
- Reative as redes sociais. **» BIP 2.2**
- Pense em intervenções psicológicas, se estiverem disponíveis. **» INT**
- Desenvolva reabilitação, incluindo atividades econômicas e educacionais, usando os sistemas formais e informais. **» BIP 2.3**
- Faça um seguimento regular, monitore os efeitos colaterais e a adesão ao tratamento. **» BIP 2.4**

Transtorno Bipolar

Guia de Avaliação e Manejo

5. A pessoa pertence a algum grupo especial?



Transtorno Bipolar

Particularidades da Intervenção

Intervenções Psicossociais

2.1 Psicoeducação

Mensagens para pessoas com transtorno bipolar (que não estão atualmente em mania aguda) a para familiares de pessoas com transtorno bipolar.

» **Explicação:** O transtorno bipolar é uma doença mental que tende a levar a extremos do humor, que pode variar desde um estado de profunda depressão e fadiga até estados nos quais a pessoa se sente com muita energia, irritabilidade e hiperexcitada.

» Deve-se estabelecer alguma maneira de **monitorar o estado de humor**, como, p. ex. um registro diário do humor no qual são anotados irritabilidade, raiva ou euforia.

» É importante manter um **ciclo de sono regular** (isto é, deitar-se no mesmo horário todas as noites, tentar dormir o mesmo número de horas de antes da doença, evitar dormir muito menos que o habitual).

» **Deve-se prevenir as recaídas**, reconhecendo o retorno dos sintomas, tais como dormir menos, gastar mais dinheiro, ou sentir muito mais energia que o habitual, e retornar ao tratamento quando isto acontecer.

» Uma pessoa em estado maníaco **não tem noção (*insight*) de sua doença** e pode gostar do estado de euforia e de energia aumentada, de forma que seus cuidadores devem ser parte da prevenção da recaída.

» Deve-se evitar o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas.

» Visto que as mudanças de estilo de vida devem ser mantidas enquanto forem necessárias, talvez para sempre, devem ser planejadas e implementadas tendo em vista sua sustentabilidade.

» A pessoa deve ser encorajada a **buscar apoio** após eventos vitais (p. ex. luto) e conversar com familiares e amigos.

» Deve-se reforçar as **estratégias gerais de enfrentamento**, tais como planejar um esquema regular de trabalho ou de estudo que evite a privação do sono, aumentar o sistema de apoio social, discutir e pedir conselho diante de decisões importantes (principalmente aquelas que envolvem dinheiro ou compromissos).

» Não se deve descuidar das **necessidades de saúde física, mental e social dos familiares.**

» Crie um bom relacionamento: uma confiança mútua entre a pessoa e um trabalhador de saúde é fundamental para uma pessoa com transtorno bipolar, uma vez que uma aliança terapêutica positiva pode melhorar o prognóstico a longo prazo, principalmente através do aumento da adesão ao tratamento.

2.2 Reativação das redes sociais

» Identifique as atividades sociais anteriores da pessoa que, se retomadas, têm um potencial para fornecer um apoio psicossocial direto ou indireto (por exemplo, reuniões de família, saídas com amigos, visita a vizinhos, atividades sociais no local de trabalho, práticas de esportes, atividades comunitárias).

» Encoraje bastante a pessoa a retomar suas atividades sociais anteriores, e aconselhe seus familiares nesse sentido.

2.3 Reabilitação

» Facilite oportunidades para que a pessoa e seus cuidadores sejam incluídos em atividades econômicas, educacionais e culturais apropriadas a seu ambiente cultural, utilizando redes formais e o informais.

» Considere a possibilidade de um emprego protegido para as pessoas que tiverem dificuldade em obter ou manter um emprego regular.

2.4 Seguimento

» **Um seguimento regular é fundamental.** A taxa de recaída é alta, e a pessoa em estado maníaco em gera é incapaz de perceber a necessidade de tratamento, de forma que é comum a falta de adesão e a participação dos cuidadores é crítica, nesse período.

» Em cada retorno avalie os sintomas, os efeitos colaterais dos medicamentos, a adesão e a necessidade de intervenções psicossociais.

» Uma pessoa com mania deve retornar quantas vezes quantas for necessário. Os retornos devem ser mais frequentes até que passe a fase maníaca.

» Forneça à pessoa e a seus familiares informações sobre a doença e seu tratamento, particularmente sobre os sinais e sintomas da mania, a importância da adesão aos medicamentos, mesmo na ausência de sintomas, e as dificuldades características que a pessoa tem para entender a necessidade do tratamento. Se a pessoa não tem um cuidador, nem sequer algum que possa conferir sua medicação periodicamente, estimule alguém da comunidade, de preferência alguém da sua rede de amigos e familiares.

Tratamento da mania aguda

3.1 Lítio, valproato, carbamazepina ou antipsicóticos

Os medicamentos de escolha para o tratamento da mania aguda são lítio, valproato, carbamazepina ou antipsicóticos. Só se deve empregar o lítio se houver possibilidade de monitoração laboratorial. Se sintomas forem graves, pense em empregar um antipsicótico, pois o início da efetividade é mais rápido do que com os estabilizadores do humor.

As particularidades sobre doses, monitoração, efeitos colaterais, etc, se encontram na seção sobre o uso dos estabilizadores do humor no tratamento de manutenção dos transtornos bipolares e na tabela sobre os estabilizadores do humor. **» BIP 3**

As particularidades sobre o uso dos antipsicóticos se encontram na seção sobre intervenções farmacológicas do Módulo Psicoses. **» PSI 3**

3.2 Benzodiazepinas

As pessoas num estado de agitação de uma mania aguda podem se beneficiar com o uso por tempo limitado de uma benzodiazepina como o diazepam.

A benzodiazepina deve ser suspensa gradualmente assim que os sintomas cederem, pois pode-se instalar uma tolerância.

3.3 Antidepressivos

Se a mania se desenvolver numa pessoa que esteja tomando antidepressivos, suspenda o antidepressivo o mais cedo possível, de maneira abrupta ou gradual, pesando os riscos do aparecimento de sintomas da suspensão (Veja a seção sobre intervenções farmacológicas do Módulo Depressão **» DEP**) contra os riscos do agravamento da mania devido ao antidepressivo.

As pessoas com transtorno bipolar não devem receber apenas antidepressivos devido ao seu potencial de induzir mania, particularmente os tricíclicos. O risco que os antidepressivos representam para induzir mania diminui com sua prescrição concomitante à de lítio, valproato ou antipsicóticos.

3.4 Monitoração

O tratamento deve ser monitorado regularmente e seu efeito avaliado em 3 e 6 semanas.

Se a pessoa não melhorar em 6 semanas, pense em empregar um tipo de medicação que ela ainda não tenha tomado, ou acrescentar outra, como um antipsicótico associado a um estabilizador do humor. Se a combinação não der resultado, **CONSULTE UM ESPECIALISTA**.

Transtorno Bipolar

Particularidades da Intervenção

Tratamento de manutenção dos transtornos bipolares

A escolha do estabilizador do humor (lítio, valproato, carbamazepina)

4.1 Lítio

» O lítio só deve ser empregado se for possível fazer sua monitoração clínica e laboratorial.

» A monoterapia com lítio é efetiva contra a recaída tanto da mania como da depressão, embora seja mais efetiva como um agente antimaníaco.

» Antes de iniciar o tratamento com lítio, faça exames da função renal e tireoideana, um hemograma completo, um eletrocardiograma e teste de gravidez, se possível.

NOTE: O tratamento com lítio exige um controle estrito do nível sérico, uma vez que o medicamento tem uma faixa terapêutica muito estreita. Além disso, deve-se controlar a função tireoideana a cada 6-12 meses. Se não for possível o controle laboratorial, deve-se evitar usar o lítio. Uma adesão irregular ou a interrupção súbita do tratamento com lítio pode aumentar o risco de uma recaída. Não prescreva lítio se não tiver certeza de seu suprimento regular.

» Comece com uma dose baixa (300 mg à noite) e aumente gradativamente a cada 7 dias, monitorando a concentração sanguínea até que atingir 0,6-1 mE/l. Uma vez atingido o nível sanguíneo terapêutico,faça exames de controle a cada 2-3 meses.

» São necessários 6 meses para se estabelecer a plena efetividade do lítio como tratamento de manutenção do transtorno bipolar.

» Oriente a pessoa a não deixar de ingerir líquidos, principalmente após transpirar, permanecer muito tempo imóvel ou febre.

» Leve a pessoa ao médico se tiver diarreia ou vomitar.

» Uma pessoa que toma lítio deve evitar tomar medicamentos anti-inflamatórios não esteroides vendidos sem receita.

» Se houver um grave problema respiratório ou metabólico, é melhor suspender o lítio por até 7 dias.

4.2 Valproato

» Antes de iniciar o tratamento com valproato, colha uma boa anamnese sobre doenças cardiovasculares, renais ou hepáticas.

» Comece com uma dose baixa (500 mg) e aumente, conforme a tolerância, até a dose desejada.

» Controle rigorosamente a resposta, os efeitos colaterais e a adesão. Explique os sinais e sintomas de doenças do sangue e do fígado, e aconselhe a pessoa a procurar ajuda imediatamente, se eles aparecerem.

» Reduza a dose do medicamento se os efeitos colaterais persistirem. Se a redução da dose não ajudar, pense em trocar para outro agente antimaníaco.

4.3 Carbamazepina

» Se o lítio e o valproato se mostrarem ineficazes ou não forem tolerados, ou se não for possível utilizar nenhum desses medicamentos, pode-se usar a carbamazepina.

» Antes e durante o tratamento com carbamazepina, fique atento ao histórico de doenças cardiovasculares, renais ou hepáticas.

» Comece com uma dose baixa (200 mg/ dia, ao deitar) e aumente lentamente até atingir uma dose de 600-1.000 mg/dia).

» Os trabalhadores de saúde devem ficar atentos ao fato de que a dose pode ter que ser ajustada após 2 semanas, devido à ativação de enzimas hepáticas.

» Reduza a dose se persistirem efeitos colaterais intoleráveis. Se a redução da dose não ajudar, pense em trocar para outro agente antimaníaco.

Evite o uso de lítio, valproato e carbamazepina em mulheres grávidas, e pese os riscos e benefícios de usá-los em mulheres em idade fértil.

Se a pessoa tiver recaídas frequentes ou incapacidade funcional persistente, pense em trocar para outro agente antimaníaco ou em acrescentar um segundo. **CONSULTE UM ESPECIALISTA.**

Tratamento de manutenção dos transtornos bipolares

4.4 Suspensão dos estabilizadores do humor

- Se a pessoa não estiver no momento nem numa fase maníaca nem numa depressiva (transtorno bipolar interfásico) marque retornos a cada 3 meses. Continue como tratamento e monitore atentamente quanto a uma possível recaída.
- Continue o tratamento com o estabilizador por pelo menos 2 anos após o último episódio bipolar.
- Entretanto, se a pessoa tiver episódios graves com sintomas psicóticos ou recaídas frequentes, **CONSULTE UM ESPECIALISTA** sobre a decisão de suspender o tratamento de manutenção depois de 2 anos.
- Ao suspender os medicamentos, reduza gradualmente ao longo de semanas ou meses.
- Se for mudar para outro medicamento, introduza essa novo medicamento e mantenha ambos durante 2 semanas antes de começar a reduzir o primeiro medicamento.

Tabela: Estabilizadores do humor

Esta tabela serve apenas como rápida referência e não pretende ser um guia completo para o uso de medicamentos, suas dosagens e seus efeitos colaterais. Informações adicionais podem ser encontradas em "Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care" (WHO, 2009) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html).

Medicamento	Lítio	Valproato	Carbamazepina
Dose de ataque (mg):	300	500	200
Dose efetiva típica (mg):	600 – 1200	1000 – 2000	400 – 600
Via:	oral	oral	oral
Nível sanguíneo desejado:	0.6-1.0 mEq/l Mania: 0.8-1.0 mEq/l Manutenção: 0.6-0.8 mEq/l O controle laboratorial regular é fundamental.	Não se recomenda de rotina.	Não se recomenda de rotina.
Principais efeitos colaterais:	Perturbação da coordenação, poliúria, polidipsia, problemas cognitivos, arritmias cardíacas, diabetes insípido, hipotireoidismo	Deve ser usado com cautela em caso de doença hepática. São possíveis perda de cabelo e pancreatite (rara).	Diplopia, perturbação da coordenação, exantemas, elevação de enzimas hepáticas. Raros: síndrome de Stevens-Johnson, anemia aplástica.
Sedação:	++	++	++
Tremor:	++	++	++
Aumento de peso:	++	++	++
Hepatotoxicidade:	-	++	+
Trombocitopenia:	-	+	+
Leucopenia: leve, assintomática:	-	+	+

EPI

Epilepsia / Convulsões

EPI

A epilepsia é uma condição crônica, caracterizada por convulsões recorrentes não provocadas. Tem várias causas; pode ser genética ou pode ocorrer em pessoas com história pregressa de trauma de parto, infecções cerebrais ou traumatismo craniano. Em alguns casos não se consegue identificar nenhuma causa específica. As convulsões são causadas por descargas cerebrais anormais e podem ser de diversas formas; as pessoas com epilepsia podem ter mais de um tipo de convulsão. As duas formas principais de epilepsia são convulsiva e não convulsiva. A epilepsia não convulsiva se caracteriza por alterações da consciência, do comportamento, das emoções ou dos sentidos (paladar, odor, visão e audição). A epilepsia convulsiva se caracteriza por contrações musculares súbitas que fazem com que a pessoa caia em estado de rigidez, seguido imediatamente por uma alternância de contração e relaxamento muscular, com ou sem perda do controle dos intestinos e da bexiga. Este tipo se associa com maior estigma e uma morbi-mortalidade mais elevada. Este módulo cobre apenas a epilepsia convulsiva.

Epilepsia / Convulsões

EPI1

Guia de Avaliação e Manejo de Casos de Urgência

EM CASOS DE URGÊNCIA, A AVALIAÇÃO E O MANEJO DEVEM OCORREM SIMULTANEAMENTE.

1. A pessoa está tendo convulsões ou está inconsciente?

Meça:
» Pressão arterial, temperatura e frequência respiratória.

Investigue:
» Sinais de traumatismo grave de crânio ou de coluna.
» Pupilas: dilatadas ou puntiformes? Desiguais? Sem reação à luz?
» Sinais de meningite
» Déficits focais

Pergunte sobre:
» Se a pessoa estiver inconsciente, pergunte ao acompanhante se a pessoa teve alguma convulsão recentemente.
» Duração das convulsões/perdas de consciência
» Número de convulsões
» História de traumatismo craniano ou de lesão no pescoço
» Outros problemas médicos ou com medicamentos (p. ex. Intoxicação com organofosforados) uso de substâncias como intoxicação por estimulantes ou abstinência de benzodiazepinas ou de álcool **» ALC** e **» DRU)**
» Histórico de epilepsia

SIM

Em todos os casos

» Verifique as vias aéreas, a respiração e a circulação.
» Proteja a pessoa de ferimentos: certifique-se de que esteja em lugar seguro, longe do fogo e de outras coisas que possam feri-la.
» **NÃO** deixa a pessoa sozinha. Busque ajuda, se for necessário.
» Coloque a pessoa deitada de lado, para impedir aspiração.
» **NÃO** coloque nada na boca.

SIM

Se estiver tendo convulsão

» Pegue uma veia e ministre fluidos lentamente (30 gotas / minuto).
» Injete glicose IV (5 ml de glicose a 50% para adultos; 2-5 ml/kg de glicose a 10% para crianças).
» Injete lentamente 10 mg de diazepam IV (crianças: 1 mg/ por ano de idade) ou 4 mg de lorazepam IV (0,1 mg/kg), se houver.
» Se não conseguir pegar uma veia, dê diazepam por via retal (mesma doses indicadas acima).
» **NÃO** aplique o diazepam IM.
Se a convulsão não parar em até 10 minutos após a primeira dose de diazepam, dê uma segunda dose (igual à primeira) de diazepam ou de lorazepam.
ENCAMINHE A PESSOA COM URGÊNCIA PARA UM HOSPITAL.
» **NÃO** dê mais que duas doses de diazepam.

Exclua gravidez

Se estiver na segunda metade da gravidez ou até uma semana após o parto

E sem história prévia de epilepsia

suspeite de eclâmpsia

» Aplique 10 g de **sulfato de magnésio** IM: aplique 5 g (10 ml de sloção a 50%) IM profundamente no quadrante superior externo de cada nádega, acrescentando 1 ml de lignocaína a 2% em cada seringa .
» **Se a pressão arterial diastólica estiver abaixo de 110 mmHg**, aplique 5 mg de hidralazina IV lentamente (3 a 4 minutos). Se não for possível IV, aplique IM. Se a pressão diastólica continuar abaixo de 90 mmHg, repita a dose em intervalos de 30 minutos, até que a pressão diastólica atinja 90 mmHg. Não aplique mais que 20 mg no total.
ENCAMINHE A PESSOA COM URGÊNCIA PARA UM HOSPITAL, e siga as diretrizes locais para o manejo de gravidez e de parto e para os cuidados pós-parto.

SIM

Se houver suspeita de **traumatismo de crânio ou de pescoço**, ou de **neuroinfecção**

» **Maneje as convulsões como indicado acima.**
ENCAMINHE A PESSOA COM URGÊNCIA PARA UM HOSPITAL.
» **Diante de traumatismo de crânio ou de pescoço: NÃO** movimente o pescoço devido ao risco de uma possível lesão de medula espinhal cervical. Se tiver que mover a pessoa, role-a toda de lado, como se fosse um tronco de árvore.
» Em caso de **neuroinfecção**: maneje a infecção conforme as diretrizes locais.

Epilepsia / Convulsões

EPI1

Guia de Avaliação e Manejo de Casos de Urgência

2. As convulsões continuam?

Se as convulsões

- já duram mais de 30 minutos **OU**
- repetem tanto que a pessoa não chega a recuperar a consciência **OU**
- não respondem a duas doses de diazepam

SUSPEITE DE ESTADO DE MAL EPILÉPTICO

ENCAMINHE A PESSOA COM URGÊNCIA PARA UM HOSPITAL para ser manejada em ambiente hospitalar

- Assegure-se que as vias respiratórias estejam desobstruídas, verifique a respiração e a circulação.
- Administre oxigênio.
- Verifique a necessidade de entubação/ventilação se várias doses de medicamentos houver sido ministradas.
- Mantenha a pessoa deitada de lado, para impedir aspiração de secreções.
- **NÃO COLOQUE** nada na boca da pessoa, durante a convulsão.

Dê:

- Fenobarbital 10-15 mg/kg, IV (a 100 mg por minuto)

OU

- Fenitoína, 15-18 mg/kg, IV (não injetar pela mesma via que diazepam) em 60 minutos. Pegue uma boa veia, pois a fenitoína é cáustica e vai causar um grande dano se extravasar.

Se convulsões continuarem:

- Dê o outro medicamento (se estiver disponível) **OU** mais fenitoína, 10 mg/kg IV (não injetar pela mesma via que diazepam) em 30 minutos.
- Monitore a pessoa quanto a depressão respiratória.

A AVALIAÇÃO E O MANEJO DE CASOS DE URGÊNCIA DEVEM OCORRER SIMULTANEAMENTE!

Epilepsia / Convulsões

EPI1

Guia de Avaliação e Manejo

1. A pessoa tem convulsões?

Pergunte sobre os seguintes critérios:

- Perda ou perturbação da consciência
- Rigidez ou endurecimento do corpo que dura mais que 1-2 minutos
- Movimentos convulsivos que duram mais que 1-2 minutos
- Mordedura de língua ou lesões auto-infligidas
- Incontinência urinária e/ou fecal
- Após os movimentos anormais: cansaço, tontura, sonolência, confusão mental, comportamentos anormais, dor de cabeça ou dores musculares

NÃO

Se a pessoa apresentar **2 ou menos critérios**, suspeite de convulsão não-epiléptica ou de outra doença.

- Em caso de episódios recorrentes, **CONSULTE UM ESPECIALISTA.**
- Retorno em 3 meses.

SIM

Se a pessoa tiver **convulsões mais 2 outros critérios**, pode ser que tenha uma **causa aguda**, ou que **seja epilepsia**.

2. Se houver convulsões, elas têm uma causa aguda?

Pergunte e investigue:

- Febre, dor de cabeça, infecção meningeia, p. ex. rigidez de nuca
- Se começaram logo após um traumatismo craniano
- Anormalidades metabólicas (hipoglicemia, hiponatremia?)
- Uso ou abstinência de álcool e droga

NÃO

Se não houver causa aguda

SIM

Suspeite de uma etiologia aguda

- Neuroinfecção (meningite/encefalite)
- Malária cerebral
- Traumatismo craniano
- Hipoglicemia ou hiponatremia
- Uso/abstinência de álcool ou droga

- Trate a doença física.
- Não é necessário tratamento de manutenção com medicamentos anticonvulsivantes.
- Seguimento em 3 meses para avaliar se a pessoa tem epilepsia.

Se SIM, e for uma **criança entre 6 meses e 6 anos** de idade com febre e as convulsões tiverem uma dos 3 seguintes características:

- Focais – começam em alguma parte do corpo
- Prolongadas – duram mais que 15 minutos
- Repetidas – mais de um episódio durante a doença atual

Suspeite de **convulsão febril complexa**.

Encaminhe para internação hospitalar.

- Investigue neuroinfecção (suspeite de malária cerebral, em regiões com alta endemia).
- Marque um retorno.

Se nenhuma das 3 características estiver presente numa criança febril

Suspeite de **convulsão febril simples**

- Controle a febre e investigue as causas, de acordo com as normas locais.
- Observe por 24 hrs.
- Marque um retorno.

Epilepsia / Convulsões

Guia de Avaliação e Manejo

Se não houver causa aguda

3. A pessoa teve no mínimo 2 convulsões (não no mesmo dia) no ano passado?

Pergunte sobre:

» Gravidade
  – Com que frequência ocorrem?
  – Quantas houve no ano passado?
  – Quando foi a última?

» Possível etiologia da epilepsia (história de asfixia ou trauma de parto, traumatismo craniano, infecção cerebral, história familiar de convulsões)

NÃO

Se não houver uma causa evidente e a pessoa tiver tido apenas uma convulsão

Não se trata de epilepsia

» Não é necessário tratamento de manutenção.

» Retorno em 3 meses. Se houver outros movimentos abnormais sugestivos de epilepsia, investigue uma possível etiologia.

SIM

Se SIM,
trate como epilepsia

» Introduza um medicamento anticonvulsivante. **» EPI 2.1** ; fenobarbital, fenitoína, carbamazepina ou valproato. **» EPI 2.3**

» Eduque sobre a doença, estilo de vida e segurança, bem como sobre a importância a adesão ao tratamento e o acompanhamento regular. **» EPI 3.1**

» Marque retornos regulares. **» EPI 2.2**

Epilepsia / Convulsões

Guia de Avaliação e Manejo

4. A pessoa pertence a algum grupo especial?

Em crianças, investigue a presença de uma deficiência intelectual associada (veja o Módulo Transtornos do Desenvolvimento) **»TDE** ou um Transtorno Comportamental associado (veja o Módulo Transtornos Comportamentais) **»TCO**

Mulher em idade fértil

SIM

Se estiver associado a uma **deficiência intelectual** ou a um **transtorno comportamental**

- » Se estiverem disponíveis, pense em usar carbamazepina ou valproato **» EPI 2.3** (evite usar fenobarbital e fenitoína).
- » Maneje a deficiência intelectual associada **» DES** ou o transtorno comportamental **» TCO**

- » Recomende ácido fólico (5 mg/dia) a todas as mulheres em idade fértil.
- » **Evite** o valproato em todas as mulheres em idade fértil.

SIM

Se estiver **grávida**

- » **Evite o valproato** em todas as mulheres grávidas.
- » **Evite a politerapia** em todas as mulheres grávidas.
- » Recomende que o parto ocorra num hospital ou maternidade.
- » Por ocasião do parto, dê 1 mg de vitamina K IM ao recém-nascido para prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido.

SIM

Se estiver **amamentando**

- » Introduza fenobarbital, fenitoína, carbamazepina ou valproato, ou continue o tratamento com o medicamento anticonvulsivante, já em uso anteriormente, se for o caso.

5. Condições concomitantes

Pense na possível presença de **depressão, psicose** ou **autoagressão** (Veja o Mapa Geral deste Manual).

SIM

Se outra condição estiver presente

- » Maneje tanto a epilepsia quanto a condição concomitante.

Epilepsia / Convulsões

Particularidades da Intervenção

Tratamento Farmacológico e Aconselhamento

2.1 Inicie o tratamento farmacológico

Uma grande maioria dos casos de convulsões pode ser controlada (interrompida ou reduzida significativamente) pelos medicamentos anticonvulsivantes.

» Prescreva fenobarbital, fenitoína, carbamazepina ou valproato, dependendo do que estiver disponível no local.

» Inicie o tratamento com apenas um medicamento anticonvulsivante.

» Inicie o tratamento com uma dose baixa e aumente progressivamente até conseguir controlar as convulsões.

» O objetivo do tratamento é a obtenção do controle completo das crises com a dose de manutenção mais baixa possível.

» Informe a pessoa e sua família sobre:
- o tempo que o tratamento leva para fazer efeito e sua evolução;
- os possíveis efeitos colaterais e o risco desses sintomas; deve-se buscar ajuda imediatamente se eles incomodarem;
- o risco da suspensão abrupta do medicamento e do aparecimento de sintomas de abstinência se deixar de tomas algumas doses;
- a necessidade de um seguimento regular.

» Peça à pessoa e à família para manterem um registro diário das convulsões.

» Para as condições comórbidas: antes de prescrever um medicamento anticonvulsivante, pense na possibilidade de interações medicamento-doença e medicamento-medicamento. Consulte o Bulário nacional ou o da OMS.

2.2 Seguimento

» Investigue a resposta dos sintomas, os efeitos adversos e a adesão.

» Os efeitos colaterais podem ser devidos a uma dose alta do anticonvulsivante (como tonturas, nistagmo, diplopia e ataxia) ou podem ser efeitos idiossincrásicos (como reações alérgicas, depressão da medula óssea, insuficiência hepática). Para os pormenores de cada medicamento anticonvulsivante, veja **» EPI 2.3**

» A dose correta de um medicamento anticonvulsivante é menor dose que controla as convulsões sem efeitos adversos.

» Se houver efeitos adversos dependentes da dose, reduza-a. No caso de reações idiossincrásicas, interrompa o medicamento que a pessoa está tomando e troque-a por qualquer um dos outros anticonvulsivantes.

» Se a resposta for pobre (redução de menos de 50% das convulsões) apesar de uma boa adesão ao tratamento, aumente a dose até o máximo tolerado.

» Se a resposta ainda continuar pobre, tente a monoterapia com algum dos outros anticonvulsivantes. Comece com o segundo medicamento e aumente até uma dose adequada ou à máxima tolerada, e só então comece a suspender lentamente o primeiro.

» **Se as crises convulsivas forem muito infrequentes e as doses mais elevadas dos medicamentos causarem efeitos colaterais, a meta do tratamento deverá ser reajustada para um controle relativo das crises.**

» Se as crises continuarem depois de duas tentativas com monoterapia, reveja o diagnóstico (incluindo as comorbidades), a adesão ao tratamento e, se necessário, consulte um especialista para avaliações e tratamentos mais avançados.

» Se houver efeitos adversos ou resposta pobre, marque retornos mensais.

» Se as crises estiverem bem controladas, marque retornos a cada três meses.

Como e quando suspender a medicação anticonvulsivante

» Após dois anos sem convulsões.

» Discuta essa decisão com a pessoa e/ou seu cuidador, pesando-a contra os riscos de as convulsões retornarem.

» Em alguns casos de epilepsia, pode ser necessário manter o tratamento por muito tempo, como, por exemplo, no caso de epilepsia secundária a traumatismo craniano ou a neuroinfecções, ou se as convulsões forem de difícil controle.

» Reduza o tratamento gradualmente ao longo de 2 meses.

Epilepsia / Convulsões

Particularidades da Intervenção

2.3 Tratamento Farmacológico e Aconselhamento

Fenobarbital

» Apenas uma tomada diária.

» Tomar à noite (reduz as tonturas durante o dia).

Adultos : Inicie com 1 mg/kg/dia (comprimidos de 60 mg) por 2 semanas. Se a resposta for pobre, aumente para 2 mg/kg/dia (120 mg) por 2 meses. Se a convulsões persistirem, aumente a dose para 3 mg/kg/dia (180 mg).

Crianças : Inicie com 2 mg/kg/dia por 2 semanas. Se a resposta for pobre, aumente para 3 mg/kg/dia por 2 meses. Se a convulsões persistirem, aumente a dose para um máximo de 6 mg/kg/dia.

» É necessário tomar o medicamento sem interrupção por 14-21 dias a fim de se obter um nível sanguíneo estável; portanto, a ocorrência de convulsões nesse período não deve ser considerada como um fracasso do tratamento.

» Efeitos colaterais: Relacionados à dose: tonturas, letargia e, em crianças, hiperatividade. Idiossincrásicos: exantemas, depressão de medula óssea, insuficiência hepática.

Carbamazepina

» Divida a dose em 2 tomadas diárias.

» O nível sanguíneo estável é atingido em até 8 dias.

» Efeitos colaterais: reações cutâneas alérgicas (que podem ser graves); visão borrada, diplopia (visão dupla), ataxia (marcha cambaleante) e náusea (estes últimos em geral são observados no início do tratamento e com doses elevadas.

Fenitoína

» Em crianças, divida a dose em 2 tomadas diárias. Adultos podem tomar apenas 1 vez ao dia.

» O aumento de pequenas doses pode levar a grandes variações na concentração sanguínea, portanto, o aumento deve ser de 25-30 mg.

» Efeitos colaterais: Relacionados à dose: tonturas, ataxia e fala arrastada, espasmos musculares e confusão mental, letargia hiperplasia de gengivas e hirsutismo (pouco comum). Idiossincrásicos: anemia e outras alterações hematológicas, agravamento de traços faciais, rações de hipersensibilidade que incluem exantemas e hepatite.

Valproato de sódio

» Há diversas apresentações; em geral a dose diária é dividida em 2 ou 3 tomadas.

» Efeitos colaterais: Relacionados à dose: sedação e tremores. Idiossincrásicos: queda transitória de cabelos (que voltam a crescer normalmente em 6 meses), aumento de peso, funções hepáticas prejudicadas.

	Criança		Adolescente/Adulto	
	Dose inicial	Dose de manutenção	Dose inicial	Dose de manutenção
Carbamazepina	5 mg/kg/dia	10 – 30 mg/kg/dia	100 – 200 mg/dia	400 – 1400 mg/dia
Fenobarbital	2 – 3 mg/kg/dia	2 – 6 mg/kg/dia	60 mg/dia	60 – 180 mg/dia
Fenitoína	3 – 4 mg/kg/dia	3 – 8 mg/kg/dia (máximo de 300 mg/dia)	150 – 200 mg/dia	200 – 400 mg/dia
Valproato de sódio	15 – 20 mg/kg/dia	15 – 30 mg/kg/dia	400 mg/dia	400 – 2000 mg/dia

Epilepsia / Convulsões

Particularidades da Intervenção

Tratamento e Aconselhamento Psicossocial

3.1 Eduque a pessoa com convulsões/epilepsia e seus cuidadores

Explique:

- O que é uma convulsão/epilepsia (p. ex.: “Uma convulsão ou um ataque é um problema relacionado ao cérebro. A epilepsia é uma doença caracterizada por convulsões recorrentes. A epilepsia não é uma doença contagiosa e não é causada por feitiçaria nem por espíritos”).
- A natureza dos ataques daquela pessoa e sua possível causa.
- Que é uma condição crônica, mas que as convulsões podem ser controladas em 75% dos casos, após o que pode-se viver o resto da vida sem medicação.
- As diferentes opções de tratamento.
- A razão de um eventual encaminhamento.

Precauções a serem tomadas em casa durante uma convulsão:

- Coloque a pessoa deitada de lado com a cabeça virada para o mesmo lado a fim de facilitar a respiração e prevenir a aspiração de secreções e de vômito.
- Assegure-se de que a pessoa está respirando normalmente.
- Não tente imobilizar a pessoa nem colocar nada em sua boca.
- Fique com a pessoa até que a convulsão pare e ela recupere a consciência.
- Às vezes as pessoas com epilepsia pressentem que vão ter uma convulsão. Nesses casos, elas devem se deitar num lugar seguro a fim de se proteger de uma queda.
- Lembre que a epilepsia não é contagiosa, portanto, ninguém pega epilepsia por ajudar alguém que a tem.

Examine o estilo de vida da pessoa:

- As pessoas com epilepsia podem levar uma vida normal. Podem se casar e ter filhos.
- Os pais nunca devem tirar seus filhos com epilepsia da escola.
- As pessoas com epilepsia podem trabalhar na maioria das ocupações. Entretanto, devem evitar certas atividades, como trabalhar com ou perto de máquinas pesadas.
- As pessoas com epilepsia devem evitar cozinhar sobre fogo aberto e nadar sozinhas.
- As pessoas com epilepsia devem evitar o excesso de bebidas alcoólicas e qualquer outra droga, lugares com luzes que piscam muito e evitar também dormir pouco.
- Deve-se respeitar a legislação local, no que se refere ao ato de dirigir.

DES

Transtornos do Desenvolvimento

DES

Transtornos do desenvolvimento é uma expressão genérica que cobre tanto o retardo mental/incapacidade intelectual como os transtornos desintegrativos do desenvolvimento, que inclui o autismo. Estes transtornos geralmente têm início durante a infância, uma limitação ou um retardo de funções relacionadas à maturação do sistema nervoso central, e um curso estável, em oposição a remissões e recaídas que tendem a caracterizar muitos outros transtornos mentais. Apesar do início na infância,os transtornos do desenvolvimento tendem a persistir até a idade adulta. As pessoas com transtornos do desenvolvimento são mais vulneráveis a doenças físicas e a desenvolver outras condições prioritárias mencionadas no MI-GAP e requerem uma atenção adicional por parte do prestadores de cuidados de saúde.

Incapacidade intelectual

A incapacidade intelectual é caracterizada pela disfunção das habilidades relacionadas a diversas áreas do desenvolvimento (ou seja, cognitiva, da linguagem, motora e social) durante a fase de desenvolvimento. Uma menor inteligência diminui a capacidade para de adaptar às demandas da vida. Os testes de inteligência (QI) podem dar uma indicação das habilidades da pessoa, mas devem ser empregados apenas se tiverem sido validados para a população na qual estão sendo aplicados.

Transtornos desintegrativos do desenvolvimento, incluindo o autismo

Suas características são disfunções do comportamento social, da comunicação e da linguagem, com uma amplitude limitada de interesses e de atividades, específicas para cada indivíduo, e executadas de maneira repetitiva. Têm origem no primeiro ano de vida ou no início da infância. Geralmente, mas não sempre, há um certo grau de incapacidade intelectual. Os comportamentos mencionados acima também se encontram, com frequência em indivíduos com incapacidade intelectual.

Transtornos do Desenvolvimento

Guia para a Avaliação e o Manejo

1. A criança tem um atraso no desenvolvimento?

Avalie o desenvolvimento da criança através de marcos do desenvolvimento locais ou de comparações com outras crianças da mesma idade no mesmo país.

(Por exemplo, determine a idade na qual a criança começou a sorrir, a sentar-se, a ficar em pé sem auxílio, a andar, a falar, a entender instruções e a se comunicar com outras pessoas).

***Para crianças** com mais idade, além do sugerido acima, observe como se saem na escola ou nas atividades domésticas cotidianas.*

Investigue:

- Comunicação estranha (p. ex., falta do uso social de habilidades de linguagem, falta de flexibilidade no uso da linguagem).
- Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos e repetitivos (estereotipados).
- O momento, a sequência e a evolução dessas características.
- Perda de habilidades já adquiridas.
- História familiar de transtornos do desenvolvimento.
- Presença de deficiências visuais e auditivas.
- Epilepsia associada.
- Sinais associados de deficiência motora ou paralisia cerebral.

SIM

Se houver um **atraso no desenvolvimento** ou **esquisitices na comunicação e de comportamento**

Há **deficiências nutricionais**, incluindo deficiência de iodo, e/ou **doenças físicas**?

SIM

- **Maneje os problemas nutricionais**, incluindo a deficiência de iodo a as **doenças físicas**, usando as diretrizes da AIDPI.

EM TODOS OS CASOS

- Inicie a psicoeducação da família. **» DES 2.1**
- Pense em treinamento de habilidades paternas, se estiver disponível. **» INT**
- Informe sobre serviços sociais e educacionais disponíveis, e colabore com eles.
- Contate a escola, depois de obter o consentimento da criança e de seus pais, e forneça aconselhamento. **» DES 2.2**
- Avalie o nível atual de funcionamento adaptativo, **em consultoria com um especialista**, se estiver disponível.
- Maneje as condições associadas, tais como deficiência visual e auditiva.
- Apoie nas situações difíceis da vida que puder prever.
- Facilite e colabore com serviços de reabilitação da comunidade. **» DES 2.3**
- Ajude a promover e a proteger os direitos humanos da criança e da família. **» DES 2.4**
- Proporcione apoio aos cuidadores. **» DES 2.5**
- Encaminhe a um especialista, se houver um disponível, para investigações etiológicas adicionais.
- Acompanhe regularmente. **» DES 2.6**

Transtornos do Desenvolvimento

Guia para a Avaliação e o Manejo

2. O atraso no desenvolvimento é devido a um ambiente sem estímulos ou a depressão materna?

SIM

Se o ambiente tiver uma estimulação adequada e a mãe não estiver deprimida

- » Forneça psicoeducação para a família » **DES 2.1** e capacite os pais para proporcionar um ambiente estimulante para a criança.
- » Trate a depressão da mãe. Veja o módulo Depressão » **DEP** e outros documentos da OMS sobre depressão materna e desenvolvimento inicial da criança.

3. Investigue outro transtorno mental, neurológico ou por uso de álcool e outras drogas prioritário (veja o Mapa Geral do MI-GAP).

Busque, em particular:

- » Epilepsia
- » Depressão
- » Transtornos comportamentais

SIM

Se SIM

- » **Trate de acordo com os módulos relevantes:**
  - Epilepsia » **EPI**
  - Depressão » **DEP**
  - Transtornos comportamentais » **TCP**

Cautela ao prescrever medicamentos psicotrópicos para pessoas com transtornos do desenvolvimento, pois com frequência são mais sensíveis a seus efeitos colaterais.

4. A criança apresenta comportamentos problemáticos?

SIM

Se SIM

- » Maneje qualquer problema físico agudo subjacente que possa estar exacerbando os problemas comportamentais.
- » Pense em acrescentar psicoeducação para a família (Veja o módulo Transtorno comportamentais) » **TCP** e treinamento de habilidades paternas para problemas específicos do comportamento. » **INT**
- » Pense em empregar terapia cognitivo-comportamental, se houver pessoal treinado. » **INT**
- » Proporcione apoio adicional aos cuidadores. » **DES 2.5**

Particularidades da Intervenção

Tratamento e Aconselhamento Psicossociais

2.1 Psicoeducação familiar

A psicoeducação envolve a pessoa com transtorno do desenvolvimento e sua família, dependendo da gravidade da condição e a disponibilidade e importância do papel familiar de seus membros na vida diária. Os pais ou os familiares significativos devem ser capacitados a:

» Aceitar e cuidar da criança com transtorno do desenvolvimento.

» Aprender o que é estressante para a criança e o que a torna feliz; o que causa seus problemas de comportamento e o que os previne; quais são os pontos forte e os fracos da criança e como descobrí-los.

» Entender que as pessoas com transtorno do desenvolvimento podem ter dificuldades ao enfrentar novas situações.

» Organizar o dia com horários regulares para comer, brincar, estudar e dormir.

» Envolver a criança nas atividades da vida diária, começando com tarefas simples, uma da cada vez.

» Manter a criança na escola o maior tempo possível; o melhor é frequentar uma escola regular, ainda que parcialmente.

» Cuidar da higiene da criança e treiná-la para ser autônoma.

» Recompensar os bons comportamentos imediatamente após o ato e não recompensar nenhum comportamento problemático. » **TCP 2.1**

» Proteger a criança de abusos.

» Respeitar seu direito a ter uma zona de segurança, visualmente acessível, onde ela possa de sentir segura, à vontade e mover-se e brincar como quiser.

» Comunicar-se e trocar informações com outros pais de crianças em situação similar.

2.2 Aconselhamento para professores

» **Planeje como abordar as necessidades de educação especial da criança. Algumas sugestões:**

- Peça para a criança se sentar nas fileiras da frente.
- Dê à criança um tempo adicional para entender as tarefas.
- Divida as tarefas mais longas em trechos menores.
- Investigue se há *bullying* e tome providências para interrompê-lo.

2.3 Reabilitação na comunidade (RNC)

A reabilitação na comunidade *(community-based rehabilitation - CBR)* se baseia no envolvimento da comunidade para aumentar a qualidade de vida de pessoas com incapacidades e suas famílias, satisfazer suas necessidades básicas e assegurar a integração e a participação sociais. A RNC dá às pessoas com incapacidades acesso à reabilitação em suas próprias comunidades, usando predominantemente recursos locais. Pode ser realizada em domicílios, escolas e outras locais centrais da comunidade. É implementada através dos esforços combinados de crianças com transtornos comportamentais, suas famílias e comunidades e os serviços de saúde, de educação, vocacionais e sociais apropriados. Envolve a promoção de um clima que respeita e protege os direitos de pessoas com incapacidades, o treinamento da criança, o aumento do poder de suas famílias, a redução do estresse, e melhora a capacidade de enfrentamento dos transtornos comportamentais. As intervenções podem variar desde atividades da vida diária, encaminhamentos escolares, treinamento vocacional e apoio aos pais.

2.4 Promoção e proteção dos direitos humanos da criança e de sua família

» Reveja os princípios gerais de cuidados. Fique atento às questões de direitos humanos e de dignidade. Por exemplo:

- Não inicie nenhuma atividade sem o consentimento informado; previna os maus tratos.
- Evite a institucionalização.
- Promova o acesso à escola e a outras formas de educação.

2.5 Apoio aos cuidadores

» Identifique o impacto psicossocial nos cuidadores.

» Avalie as necessidades dos cuidadores e promova o apoio e os recursos necessários para sua vida familiar, emprego, atividades sociais e saúde. Providencie folgas de cuidados (*respite care*), que significa uma folga de vez em quando, e a transferência temporária dos cuidados para outra pessoa confiável.

Transtornos do Desenvolvimento

Particularidades da Intervenção

Tratamento e Aconselhamento Psicossociais

2.6 Seguimento

» **Marque retornos regulares.**

» **Para crianças pequenas use as diretrizes da AIDPI.**

» **Critérios para encaminhamento:**
- se não observar nenhuma melhora ou observar piora do desenvolvimento e/ou do comportamento;
- se previr perigo para a criança ou para outros;
- se a saúde física ficar afetada (por exemplo: problemas nutricionais).

Para onde encaminhar

» Se a pessoa (1) preenche os critérios acima e (2) tem sintomas consistentes com incapacidade intelectual, caracterizada por um retardo generalizado em múltiplas áreas do desenvolvimento, tais como, cognitiva, da linguagem, motora e social, então:
- Evite institucionalizar.
- Encaminhe para serviços ambulatoriais especializados em incapacidade intelectual, se houver.
- Encaminhe para serviços ambulatoriais de terapia da fala/linguagem, se houver.

» Se a pessoa (1) preenche os critérios acima e (2) tem sintomas consistentes com um transtorno invasivo do desenvolvimento, caracterizado por problemas na interação social, na comunicação e comportamento limitado/repetitivo, então:
- Evite institucionalizar.
- Encaminhe para serviços ambulatoriais especializados em transtornos invasivos do desenvolvimento, se houver.

Prevenção de Transtornos do Desenvolvimento

» Forneça cuidados pré-natais, previna e trate a má nutrição e as infecções em grávidas. Proporcione um parto seguro e cuidados para o recém-nascido. Previna traumatismo cranianos e a má nutrição em bebês e em crianças mais novas.

» Identifique os desnutridos, os frequentemente doentes e outros grupos de crianças em risco e cuide delas. Organize reuniões com os pais e faça visitas domiciliares frequentes.

» Treine os pais para melhorar a interação mãe-bebê e para fornecer estimulação psicossocial para a criança.

» Case perceba que a mãe está deprimida, inicie seu tratamento, preferentemente com intervenções psicossociais.

» Ofereça apoio psicossocial adicional às mães com depressão e com qualquer outros transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas. Isto pode implicar visitas domiciliares, psicoeducação, e aumentar o conhecimento das mães sobre como cuidar da criança.

» As mulheres grávidas ou que estejam planejando ficar deveriam pensar em evitar todo e qualquer consumo de bebidas alcoólicas, pois o cérebro em desenvolvimento é particularmente sensível aos efeitos do álcool, mesmo nas primeiras semanas após a concepção.

Outros recursos:

» AIDPI: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/aidpi5_1.pdf
» Gravidez segura: http://www.who.int/making_pregancy_safer/en/
» Prevenção de transtornos mentais: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

TCP

Transtornos Comportamentais

TCP

"Transtornos comportamentais" é uma expressão genérica que inclui transtornos mais específicos, como o transtorno hipercinético ou o transtorno hiperativo por déficit de atenção (THDA) e outros transtornos comportamentais. Sintomas comportamentais de graus variados são muito comuns na população geral. Apenas crianças e adolescentes com graus moderado a grave de disfunções psicológicas, sociais, educacionais ou ocupacionais e diversos ambientes deveriam ser diagnosticadas como portadoras de transtornos comportamentais. Para algumas crianças com transtornos comportamentais os problemas persistem até à vida adulta.

Transtorno hipercinético / transtorno hiperativo por déficit de atenção (THDA)

Suas principais características são atenção prejudicada e hiperatividade. A atenção prejudicada se manifesta por interrupções de tarefas e abandono de atividades sem concluí-las. A criança ou o adolescente muda frequentemente de uma atividade para outra. As deficiências da persistência e da atenção deveriam ser diagnosticadas como um transtorno apenas se forem excessivas para a idade e a inteligência da criança ou do adolescente e afetarem seu funcionamento ou aprendizagem normais. A hiperatividade implica uma inquietação excessiva, principalmente em situações que requerem uma calma relativa. Pode envolver correr ou pular por toda parte, levantar-se quando deveriam permanecer sentado, falar muito e fazer muito barulho, ou agitar-se e mover-se sem parar. Os problemas comportamentais característicos devem ter início cedo (antes dos 6 anos de idade) e longa duração (> de 6 meses) e não se limitar a apenas um ambiente.

Outros transtornos comportamentais

Podem ser crises de birra muito frequentes e graves e desobediência grave e persistente. Os transtornos da conduta podem ser caracterizados por um padrão persistente e repetido de conduta antissocial, agressiva ou desafiadora. Tal comportamento, em sua forma extrema para aquela criança ou adolescente, deveria ser mais grave do que uma travessura infantil comum ou uma rebeldia adolescente. Exemplos desses comportamentos podem incluir: níveis excessivo de agitação ou de maltratar alguém (*bullying*); crueldade com animais ou pessoas; colocar fogo em coisas; grave destrutividade de bens; roubo; mentir sistematicamente e fugir da escola ou de casa. A conclusão a respeito da presença de outros transtornos comportamentais devem levar em conta o nível de desenvolvimento da criança ou adolescente e a duração dos comportamentos problemáticos (6 meses, no mínimo).

Transtornos Comportamentais

Guia para Avaliação e o Manejo

1. A pessoa tem problemas de atenção e de hiperatividade?

Pergunte à pessoa a seu acompanhante sobre:

» Desatenção
» Desistência prematura de tarefas
» Deixar tarefas incompletas
» Mudança frequente de uma atividade para outra
» Hipercinesia
  – Hiperatividade (excessiva para o contexto ou situação)
  – Dificuldade para permanecer sentado
  – Fala ou ruído excessivos
  – Agitar-se ou mover-se incessantemente
» Idade de início e persistência em ambientes distintos: Podem ter dificuldades com pais, professores, irmãos, colegas, ou em todas as áreas de funcionamento. Se os problemas ocorrem em apenas um domínio, investigue causas específicas àquele domínio.

» **Avalie se os sintomas são apropriados para o nível de desenvolvimento da criança.**

» **Examine o impacto de:**
  – Fatores sociais, familiares e educacionais ou ocupacionais
  – Problemas médicos

EXCLUA:

» **Doenças ou outras condições prioritárias que potencialmente possam causar transtornos comportamentais** (p. ex., hipertireoidismo, depressão ou uso de álcool ou drogas)

SIM

Se diversos sintomas estiverem presentes e

» Persistirem em múltiplos ambientes
» Excederem os de outras crianças da mesma idade e nível de inteligência
» Tiverem tido início antes dos 6 anos de idade
» Tiverem duração de no mínimo 6 meses
» Causarem uma considerável perturbação no funcionamento da criança

pense no diagnóstico de **Transtorno Hiperativo com Déficit de Atenção (THDA)**

» Proporcione educação familiar. **»TCP 2.1**
» Pense em treinamento de habilidades paternais, se estiver disponível. **»INT**
» Contate o professor da criança (se ela frequentar escola, e ele e seus pais consentirem) para aconselhamento, e veja as necessidades de educação especial. **» TCP 2.2**
» Pense em intervenções psicossociais, tais como terapia cognitivo-comportamental (TCC) e treinamento de habilidades sociais, dependendo da disponibilidade. **»INT**
» Apoie a família no manejo de problemas sociais e familiares que afetam o comportamento da criança. Se estiver disponível, empregue técnicas de solução de problemas. **»INT**
» Avalie os cuidadores com relação ao impacto dos transtornos comportamentais e ofereça-lhes apoio para suas próprias necessidades pessoais, sociais e de saúde mental. **»TCP 2.3**
» Se o cuidador estiver deprimido, use o módulo relevante do MI-GAP. **»DEP**

» **CONSULTE UM ESPECIALISTA** sobre o metilfenidato **»TCP 3** apenas se:
  – as intervenções indicadas acima falharem,
  – a criança tiver sido bem avaliada, e
  – tiver mais que 6 anos de idade.
» **O metilfenidato NÃO deve ser prescrito para menores de 6 anos de idade.**
» Monitore os efeitos colaterais e o potencial de uso inadequado e desvio do medicamento.
» Registre sistemática e cuidadosamente os pormenores da prescrição e os efeitos colaterais no prontuário.

Transtornos Comportamentais

Guia para Avaliação e o Manejo

2. A pessoa apresenta evidências de outras transtornos comportamentais?

Pergunte sobre:

» Conduta antissocial, agressiva ou desafiadora repetida ou persistente, p. ex.:
- Níveis excessivos de brigas ou *bullying*
- Crueldade para com animais ou pessoas
- Grave destruição de propriedade
- Pôr fogo em coisas
- Roubos
- Mentiras repetidas
- Faltar às aulas
- Fugir de casa
- Crises de birra frequentes e graves
- Comportamento desafiador e provocador
- Desobediência grave e persistente

» A idade de início dos sintomas e sua duração.

Avalie se os sintomas são apropriados para o nível de desenvolvimento da criança.

Examine o impacto de:

» Fatores sociais, familiares e educacionais ou ocupacionais

» Problemas médicos

» Uso de álcool ou de drogas

EXCLUA:

» **Doenças ou outras condições prioritárias que potencialmente possam causar transtornos comportamentais** (p. ex., hipertireoidismo, depressão ou uso de álcool ou drogas)

SIM

Se diversos sintomas estiverem presentes e

» forem muito mais grave do que travessuras habituais ou rebeldia da adolescência

» tiverem duração superior a no mínimo 6 meses

» forem inapropriadas para o nível de desenvolvimento da criança

» não forem apenas uma resposta a graves estressores sociais, familiares ou educacionais

pense no diagnóstico de **outros transtornos comportamentais**

» Proporcione psicoeducação familiar. **» TCP 2.1**

» Pense em treinamento de habilidades paternas, se estiver disponível. **» INT**

» Contate o professor da criança (se ele frequentar escola, e ele e seus pais consentirem) para aconselhamento, e veja as necessidades de educação especial. **» TCP 2.2**

» Antecipe as principais alterações do ciclo vital (como puberdade, entrar para a escola, nascimento de um irmão) e providencie apoio pessoal e social.

» Pense em intervenções psicossociais, como TCC, e treinamento de habilidades sociais, dependendo da disponibilidade. **» INT**

» Avalie os cuidadores com relação ao impacto dos transtornos comportamentais e ofereça-lhes apoio para suas próprias necessidades pessoais, sociais e de saúde mental. **» TCP 2.3.**

» **NÃO** use medicamentos em transtornos comportamentais de crianças e adolescentes. Pense no metilfenidato apenas nas condições mencionadas acima para o transtorno hipercinético.

3. O problema comportamental da pessoa é uma reação a medo ou a um trauma?

Investigue:
- A criança está sendo maltratada ou prejudicada fora de casa?
- Há alguma preocupação com lesões ou ameaças em casa?
- Os pais têm alguma condição prioritária que requerem tratamento? (veja o Mapa Geral do MI-GAP)

SIM

Se SIM

- Converse com pais.
- Proporcione psicoeducação dos pais e faça visitas domiciliares. No caso de alto risco de falta de resposta, envolva outros recursos e especialistas disponíveis.
- Pense em intervenções legais, de acordo com a legislação local.
- Proporcione aconselhamento e ofereça serviços aos pais que necessitam de cuidados de saúde mental e queiram recebê-los.

4. A pessoa tem alguma outra condição prioritária?

(Veja o Mapa geral do MI-GAP)

Investigue a presença de:
- Transtornos do desenvolvimento
- Depressão
- Uso de álcool ou de drogas
- Epilepsia
- Psicose
- Comportamento suicida

SIM

Se SIM

Maneje as condições concomitantes de acordo com os módulos apropriados para cada transtorno:

- Transtornos Comportamentais » **DES**
- Depressão » **DEP**
- Transtornos por Uso de Álcool » **ALC**
- Transtornos por Uso de Drogas » **DRU**
- Epilepsia » **EPI**
- Psicoses » **PSI**
- Suicídio/Autoagressão » **SUI**

Transtornos Comportamentais

Particularidades da Intervenção

Intervenções psicossociais

2.1 Psicoeducação familiar

» Aceite e cuide da criança com transtorno do desenvolvimento.

» Seja consistente a respeito do que a criança pode e não pode fazer.

» Elogie ou recompense a criança quando ela se comportar bem e repreenda apenas quando ela apresentar comportamentos muito problemáticos; descubra maneiras de evitar confrontações sérias ou situações difíceis previsíveis.

» Inicie mudanças comportamentais concentrando-se nuns poucos comportamentos observáveis que acha que a criança é capaz de executar.

» Dê ordens claras, simples e curtas que destaquem o que a criança deve fazer, ao invés do que ela não deve fazer.

» Nunca maltrate nem física nem emocionalmente a criança. As punições devem ser leves e infrequentes, ao contrário dos elogios. Por exemplo, suspenda as recompensas (p. ex., guloseimas ou atividades divertidas) se ela não se comportar bem.

» Como substituição das punições, use um intervalo de castigo ("*time out*") breve e preciso, se a criança apresentar problemas de comportamento. Esse intervalo de castigo é uma separação temporária do ambiente gratificante, como parte de um programa planejado e registrado de modificação de comportamento. Instrua os pais sobre como aplicá-lo, quando necessário.

» Adie as discussões com a criança para quando estiver calmo/a.

2.2 Aconselhamento para professores

Faça um plano sobre como abordar as necessidades de educação especial da criança. Algumas sugestões:

» Peça para a criança se sentar nas fileiras da frente.

» Dê à criança um tempo adicional para entender as tarefas.

» Divida as tarefas mais longas em trechos menores.

» Investigue se há *bullying* e tome providências para interrrompê-lo.

2.3 Apoio aos cuidadores

» Identifique o impacto psicossocial nos cuidadores.

» Avalie as necessidades dos cuidadores e promova o apoio e os recursos necessários para sua vida familiar, emprego, atividades sociais e saúde. Providencie folgas de cuidados (*respite care*), que significa uma folga de vez em quando, e a transferência temporária dos cuidados para outra pessoa confiável.

Transtornos Comportamentais

Particularidades da Intervenção

Intervenções farmacológicas: Metilfenidato

» **NÃO** use medicamentos na rede de atenção básica sem antes consultar um especialista.

» NÃO use medicamentos para transtornos do comportamento genéricos em crianças e adolescentes. Pense em usar o metilfenidato para transtornos hipercinéticos apenas se as intervenções psicossociais não tiverem dado resultado, se a criança foi bem avaliada e tiver ao menos 6 anos de idade, e se as condições que podem ser agravadas pelo metilfenidato tiverem sido afastadas.

» O uso de medicamentos estimulantes sempre deve fazer parte de um plano de tratamento abrangente que inclui intervenções psicológicas, comportamentais e educacionais.

» Registre sistematicamente no prontuário a quantidade dispensada e a data da prescrição, bem como a resposta terapêutica e os efeitos colaterais.

Metilfenidato

3.1 O início do tratamento com metilfenidato

» **Disponibilidade:** Em muitos países o metilfenidato é controlado. Informe-se sobre a legislação relativa à prescrição e ao suprimento de estimulantes.

» **Apresentação:** Em geral há apresentações de comprimidos de 10 mg. (Em alguns países há apresentações de liberação lenta.)

» **Avaliação antes do uso do metilfenidato:** Além das sugestões de avaliação indicadas no fluxograma, deve-se avaliar especificamente:

- sistema cardiovascular - história, pulso, pressão arterial, exame cardíaco (consiga um eletrocardiograma (ECG), se houver indicação clínica) o metilfenidato é contraindicado em doenças cardiovasculares;
- peso e altura;
- avaliação do risco de uso de álcool e outras drogas e de desvio do medicamento;
- doenças específicas (p. ex., use metilfenidato com cautela em crianças portadoras de TDAH e epilepsia concomitantes);
- outros transtornos mentais - o metilfenidato pode piorar a ansiedade e está contraindicado nas psicoses.

» **NÃO** prescreva metilfenidato a não ser sob a supervisão de um especialista.

3.2 Dosagem e administração

» **Preparações de liberação imediata**
- Comece com 5 mg uma ou duas vezes ao dia.
- Aumente a dose (dividida em 2 a 3 tomadas diárias) gradualmente (ao longo de 4 a 6 semanas) até obter o efeito desejado, com efeitos colaterais toleráveis, até a dose diária máxima recomendada de 60 mg (dividida em 2 a 3 tomadas).

» **Preparações de liberação lenta:** se estiverem disponíveis, prescreva uma única dose pela manhã.

3.3 Avaliação da resposta

Registre os sintomas e os efeitos colaterais a cada mudança da dose. Se houver hiperatividade de rebote ao desaparecer o efeito do medicamento, divida as doses ficando uma para a noitinha.

3.4 Efeitos colaterais

» **Efeitos colaterais comuns:** insônia, diminuição do apetite, ansiedade e alterações do humor.
- reduza a dose e **CONSULTE UM ESPECIALISTA.**

» **Efeitos colaterais menos comuns:** dor abdominal, dor de cabeça, náuseas, retardo temporário do crescimento e baixo peso (monitore a altura e o peso; pense em suspender temporariamente o medicamento durante as férias escolares a fim de permitir uma certa recuperação do crescimento), alterações da pressão arterial e da frequência cardíaca (monitore antes e depois de cada alteração da dose, e a cada 3 meses, depois da dose estabilizada - consulte um médico se a alteração permanecer em mais de duas medidas), vômitos (dê o medicamento com a comida).

» Não são necessários exames de sangue e ECG; devem ser feitos apenas se houver alguma indicação clínica.

3.5 Seguimento

» Suspenda o metilfenidato se não houver resposta depois de um mês.

» Pese a cada 3 meses e meça a altura a cada 6 meses. Se o aumento da altura e do peso se interromper, suspenda o metilfenidato e **consulte um especialista.**

» Se a criança responder ao metilfenidato, mantenha-o por um ano e aí **consulte um especialista** para verificar se se justifica sua continuação.

DEM

Demência

DEM

Demência é uma síndrome devida a uma doença do cérebro, de natureza geralmente crônica e progressiva. As condições que causam demência produzem alterações na capacidade mental, na personalidade e no comportamento de uma pessoa. As pessoas com demência habitualmente têm problemas de memória e com as habilidades necessárias para executar as atividades cotidianas. A demência não faz parte do envelhecimento normal. Embora possa ocorrer em qualquer idade, é mais comum em pessoas idosas.

As pessoas com demência com frequência apresentam queixas de esquecimento e de depressão. Outros sintomas comuns incluem a deterioração do controle emocional, do comportamento social e da motivação. As pessoas com demência podem não se dar conta dessa mudanças e nem buscam ajuda. Portanto, muitas vezes são os familiares que procuram ajuda. Os familiares podem perceber os problemas de memória, as alterações da personalidade ou do comportamento, a confusão mental, o vagar sem rumo ou a incontinência. Entretanto, algumas pessoas com demência e seus cuidadores podem minimizar a gravidade das perdas de memória e dos demais problemas associados.

A demência resulta num declínio o funcionamento intelectual e em geral interfere com as atividades da vida diária como lavar-se, vestir-se, comer, cuidar das demais atividades de higiene pessoal.

Demência

Guia para a Avaliação e o Manejo

1. A pessoa tem demência?

- Pergunte à pessoa, e também a alguém que a conhece bem, sobre problemas de memória, orientação, fala e linguagem, e dificuldades para executar atividades e papéis importantes.
- Teste a orientação, a memória e a linguagem. **» DEM 2**

- Pergunte à pessoa ou a seu cuidador sobre os sintomas:
  - Quando foram percebidos pela primeira vez?
  - Qual era a idade da pessoa?
  - O início foi súbito ou gradual (ao longo de meses ou anos)?
  - Qual é a duração da doença?
  - Os sintomas pioram à noite?
  - Existem também tonturas e turvação da consciência?
  - O início esteve ligado a um traumatismo craniano, um apagamento ou um acidente vascular cerebral (derrame)?
- Há história clínica de :
  - Bócio, pulso lento, pele seca ou hipotireodismo?
  - Infecções transmitidas sexualmente (DST) ou VIH?
  - Doença cardiovascular?
  - Pouca ingestão de alimentos, má nutrição, anemia?

SIM

Se os teste revelarem déficits de memória ou cognitivos:

- presentes a 6 meses, no mínimo
- de natureza progressiva e
- associado a uma perturbação do funcionamento social

é provável que se trate de demência.

- Transmita o resultado da avaliação. **» DEM 3.1**
- Ofereça tratamentos psicossociais para sintoma e funcionamento cognitivo. **» DEM 3.2**
- Promova a independência e preserve as funções. **» DEM 3.3**
- Acompanhe. **» DEM 3.6**

NÃO

- Se o início foi abrupto e a duração curta (dias a semanas),
- se a perturbação ocorrer mais à noite e estiver associada a alterações da consciência,
- se houver desorientação têmporo-espacial

é provável que se trate de *delirium*.

- **CONSULTE UM ESPECIALISTA**

NÃO

Se houver outras CARACTERÍSTICAS INCOMUNS, tais como:

- Início antes dos 60 anos
- Hipotireoidismo clínico
- Doença cardiovascular
- História de DST prévia ou de VIH
- História de traumatismo craniano ou de derrame

- **CONSULTE UM ESPECIALISTA**

Demência

Guia para a Avaliação e o Manejo

2. A pessoa tem outro transtorno mental prioritário?

» **Depressão moderada a grave**
NOTA: Depressão é comum na demência, mas pode ser difícil que a pessoa os relate, logo, pode ser necessário ter que se basear no relato do acompanhante a respeito de mudanças recentes significativas.

» **Psicose**
(Avalie de acordo com o mapa Geral do MI-GAP.)

SIM — Se houver **depressão moderada a grave**

SIM — Se houver **psicose**

» Maneje a depressão moderada-grave associada **» DEP** ou a psicose associada **» PSI**

» Reveja o diagnóstico de demência depois do tratamento da depressão. As alterações cognitivas podem ser resultantes da depressão grave, e não da demência. A recuperação completa indicaria a depressão como a raiz do problema.

3. A pessoa tem sintomas comportamentais ou psicológicos de demência?

Pergunte ao acompanhante sobre:
» Comportamento: vaguear, perturbações à noite, agitação e agressão
» Sintomas psicológicos: alucinações, delírios, ansiedade e humor deprimido
» Quando e com que frequência esses sintomas ocorrem
» Se esses sintomas representam um problema para a pessoa ou seus cuidadores

Investigue possíveis precipitantes:
» Físicos, como dor, obstipação, infecção urinária
» Psicológicos, como depressão
» Ambientais, como muita gente ou mudança recente

Investigue risco iminentes de dano para a pessoa (p. ex., vaguear) ou seus cuidadores (p. ex., comportamento violento que assusta o cuidador ou já causou danos a alguém)

SIM — Se houver **sintomas comportamentais e psicológicos**

» Maneje com terapias psicossociais. **» DEM 3.4**
» Acompanhe. **» DEM 3.6**

SIM — Se houver **risco iminente de dano à pessoa ou aos cuidadores**

» Forneça terapias psicossociais. **» DEM 3.4**
» Além disso, ofereça intervenções farmacológicas. **» DEM 4**

4. Há fatores de risco ou doença cardiovascular?

Investigue
- Hipertensão (pressão arterial)
- Hiperlipidemia
- Diabetes
- Hábito de fumar
- Obesidade (peso, relação cintura/quadril)
- Doença cardíaca (angina ou infarto do miocárdio)
- Derrame ou isquemias cerebrais transitórios recentes

SIM

Se houver **fatores de risco para ou doenças cardiovasculares**

- Reduza os fatores de risco cardiovasculares de acordo com as normas locais:
  - Aconselhe a pessoa a parar de fumar
  - Trate a hipertensão
  - Aconselhe os obesos a perder peso
  - Trate o diabetes
- Encaminhe aos especialistas apropriados.

5. A pessoa sofre de outro problema físico?

- Avalie: estado nutricional, visão, audição, dentição, controle de bexiga e de intestinos e dor
- Peça um exame de urina
- Reveja os medicamentos, particularmente os que possuem efeitos anticolinérgicos significativos (tais como a amitriptilina (um antidepressivo), muitos anti-histamínicos e medicamentos antipsicóticos)

SIM

Se houver condições físicas associadas, particularmente:
- Mau estado nutricional
- Infecções do trato urinário
- Obstipação ou diarreia
- Interações medicamentosas ou efeitos colaterais

- Trate as condições físicas associadas, pois isso pode melhorar a cognição.
- Encaminhe aos especialistas apropriados.

6. O cuidador está sofrendo de estresse ou necessitado de apoio?

Investigue:
- Quem é o principal cuidador?
- Quem mais cuida da pessoa e que cuidados presta?
- Há algo que acham particularmente difícil de manejar?
- Os cuidadores estão dando conta? Estão sob estresse? Estão deprimidos?
- Estão tendo perdas de salário e/ou despesas adicionais devidas às necessidades dos cuidados?

SIM

Se o cuidador estiver:
- Passando por estresse
- Deprimido
- Enfrentando custos de tratamento excessivos

- Proporcione intervenções para os cuidadores. **» DEM 3.5**
- Veja quais são as intervenções psicossociais necessárias:
  - apoio financeiro, p. ex., auxílio doença
  - informações sobre as condições da pessoa
  - possibilidade de descanso para os cuidadores (*respite care*)
  - ativação da rede de apoio comunitário
  - terapia familiar ou individual, se estive disponível.
- Acompanhe. **» DEM 3.6**
- Avalie e trate a depressão dos cuidadores de acordo com o Módulo Depressão. **» DEP**

Demência

Particularidades da Intervenção

A identificação da demência

A identificação da demência requer:

» Avaliação da memória e das funções cognitivas através de testes simples.

OU

» Confirmação, por parte de um familiar ou de outra pessoa que conhece bem o paciente, de que esses problemas:

- Se desenvolveram bem recentemente,
- Têm piorado E
- Dificultam o funcionamento regularmente o desempenho no trabalho, nas atividades domésticas ou sociais.

A demência também pode ser avaliada através de algum instrumento validado localmente.

2.1 Avaliação da memória e das funções cognitivas

» Avalie a memória pedindo à pessoa para repetir imediatamente três palavras comuns, e mais uma vez 3-5 minutos mais tarde.

» Avalie a orientação em relação ao tempo (hora, dia da semana, estação e ano) e ao espaço (onde a pessoa se encontra, ou onde fica o mercado ou a loja mais próxima de sua casa).

» Teste as habilidades da linguagem pedindo à pessoa para nomear partes do corpo ou pedindo-lhe que explique a função de um objeto, por exemplo: "O que se faz com um martelo?"

2.2 Entrevista com um informante chave

» Numa entrevista com um informante chave (alguém que conhece bem a pessoa) pergunte sobre mudanças recentes do pensamento e do raciocínio, da memória e da orientação. Lapsos ocasionais de memória são comuns em pessoas idosas, ao passo que alguns problemas podem ser significativos, ainda que infrequentes.

» Pergunte, por exemplo, se a pessoa esquece com frequência onde coloca as coisas. Às vezes esquece o que aconteceu no dia anterior? Às vezes a pessoa se esquece de onde está?

» Pergunte ao informante quando começaram esses problemas, e se eles vêm piorando com o passar do tempo. Há períodos (de dias, semanas ou mais tempo) em que o raciocínio e a memória voltam ao normal?

» A identificação de problemas com as atividades diárias pode ser difícil, se a família minimizá-los, se forem relativamente sem importância ou se a família proporciona, de rotina, um amplo apoio e cuidado às pessoas idosas. Atividades mais complexas, como administrar o orçamento doméstico, fazer compras ou cozinhar tendem a ser afetadas em primeiro lugar.

» Será preciso saber quais são as "atividades habituais" para as pessoas idosas nessa área e para aquela família em particular. Investigue se houve alguma modificação progressiva recente. A pessoa comete erros ou leva mais tempo para executar as tarefas, executa-as menos bem ou desiste das atividades?

Intervenções Psicossociais

3.1 Como informar o resultado da avaliação

Pergunte à pessoa que está sendo avaliada com relação a uma possível demência se quer saber o resultado e quem mais deverá ser informado. A informação dever ser adaptada à sua capacidade para entender e reter informações.

Comece com informações básicas – mas não sobrecarregue com informações excessivas. Pode-se dizer:

- A demência é uma doença do cérebro e tende a piorar, com o passar do tempo.
- Embora não tenha cura, há muito que se pode fazer para ajudar e apoiar a pessoa e sua família.
- Muitas preocupações e comportamentos específicos podem ser manejados à medida em que aparecem. Pode-se fazer muitas coisas para deixar a pessoa mais à vontade e para tornar a vida de seus cuidadores menos estressante.

Proponha um apoio e uma ajuda continuadas, porém realista, e informe a pessoa e seus cuidadores sobre outros apoios disponíveis em sua comunidade.

3.2 Intervenções psicossociais para sintomas e funções cognitivas

- Informe regularmente (p. ex., dia do mês, dia da semana, hora, tempo e nomes de pessoas) as pessoas com demência a fim de ajudá-las a se manterem orientadas no tempo, no espaço e em relação aos demais.
- Use materiais como jornais, programas de rádio ou de televisão, álbuns de família e objetos domésticos para promover a comunicação, orientar em relação a eventos atuais, estimular a memória e permitir compartilhar e valorizar suas experiências.
- Use sentenças curtas e simples para tornar clara a comunicação. Tente minimizar ruídos competitivos, como rádio, TV ou conversa de outras pessoas. Ouça com atenção o que a pessoa tem a dizer.
- Simplifique as coisas, evite mudanças da rotina e evite expor a pessoa a lugares estranhos e confusos, a menos que seja necessário.

3.3 Promoção da independência, do funcionamento e da mobilidade

Planeje as atividades da vida diária de forma a maximizar a independência, acentuar o funcionamento, ajudar a adaptar e desenvolver novas habilidades e minimizar a necessidade de apoio. Facilite a reabilitação na comunidade, envolvendo a pessoa e seus cuidadores no planejamento e na implementação dessas intervenções. Ajude nos contatos com os recursoso sociais disponíveis.

Pense no seguinte, em particular:

- Aconselhe a manter as habilidades de higiene independentes, incluindo o estímulo e o controle da ingestão de líquidos (se surgir incontinência, deve-se investigar todas as possíveis causas e opções terapêuticas, antes de concluir que ela é permanente).
- Informe os familiares que é importante manter o piso da casa da pessoa desimpedido, a fim de evitar quedas.
- Recomende adaptações na casa da pessoa. O acréscimo de corrimões e de rampas pode ser muito útil. A sinalização de lugares chave (banheiro, dormitório) pode ajudar a pessoa a não se perder nem ficar desorientada dentro de casa.
- Recomende exercícios e atividades físicas para manter a mobilidade e reduzir o risco de quedas.
- Oriente quanto a atividades recreativas (adaptadas ao nível da demência).
- Maneje os déficits sensoriais (como visão ou audição reduzidas) com o equipamento adequado (óculos ou lentes de aumento, aparelhos para surdez).

Demência

Particularidades da Intervenção

Intervenções Psicossociais

3.4 O manejo de sintomas comportamentais e psicológicos

» Identifique e trate os problemas de saúde física subjacentes que podem afetar o comportamento (dor, infecções, etc).

» Pense em algumas modificações do ambiente, como acomodações para se sentar, áreas seguras para passear, placas de indicação (p. ex., "Banheiro", "Sem saída" na porta da rua).

» Identifique eventos (ir à feira) ou fatores (sair só) que podem preceder, desencadear ou acentuar problemas comportamentais, e tente ver se podem ser modificados.

» Pense em estratégias tranquilizadoras, calmantes ou que distraem, como sugerir que a pessoa se dedique a atividades de que gosta (p. ex., sair para passear, ouvir música, conversar) particularmente quando estiver se sentindo agitada.

Devido a que as pessoas com demência são propensas a abuso e negligência, os trabalhadores da saúde devem ficar vigilantes para protegê-las, e devem aplicar as normas locais relevantes.

3.5 Intervenções para os cuidadores

» Identifique o desconforto psicológico e o impacto psicossocial nos cuidadores. Avalie a necessidade dos cuidadores a fim de assegurar apoio e recursos para sua vida familiar, emprego, atividades sociais e saúde.

» Reconheça que pode ser extremamente frustrante a estressante cuidar de pessoas com demência. É importante que os cuidadores continuem a cuidar de pessoas com demência, evitando hostilidades ou negligência em relação a elas.

» Mantenha as pessoas com demência informadas, bem como seus familiares e outros cuidadores informais, desde o momento do diagnóstico. Isso deve ser feito com sensibilidade de levando em conta os desejos da pessoa e de seus cuidadores.

» Proporcione treinamento e apoio para o desempenho de tarefas específicas (como manejar comportamentos difíceis), se necessário. Para tornar essas intervenções mais efetivas, suscite a participação ativa do cuidador (p. ex., através de *role-playing*).

» Pense em proporcionar apoio prático, p. ex., quando factível, cuidados domiciliares que liberem os familiares por algum período (*respite care*). Outro membro da família, ou outra pessoa apropriada pode supervisionar e cuidar da pessoa com demência (preferentemente em sua própria casa). Isso pode aliviar o principal cuidador, que pode então descansar ou realizar outras atividades.

» Verifique se a pessoa pode se beneficiar de programas de apoio financeiro, de benefícios-incapacidade ou de outros programas sociais. Esses programas podem ser governamentais, não-governamentais ou de redes sociais.

» Se factível, tente apoiar o cuidador com intervenções do tipo aconselhamento para a resolução de problemas ou cognitivo-comportamentais (veja os módulos sobre Depressão e Intervenções Psicossociais Avançadas). » **DEP** e » **INT**

» Avalie e trate a depressão moderada-grave dos cuidadores (veja o módulo sobre Depressão). » **DEP**

3.6 Seguimento

» Faça ao menos uma revisão regular clínica e social a cada três meses.

» **Em cada retorno, avalie:**
- comorbidades médicas e psiquiátricas, incluindo disfunções visuais e auditivas, dores e incontinências;
- estabilidade ou progressão dos sintomas da demência, investigando quaisquer novos sintomas e mudanças rápidas;
- capacidade para participar em atividades da vida diária, e qualquer nova necessidade de cuidados;
- riscos à segurança (p. ex., dirigir, controle financeiro, controle da medicação, riscos associados à cozinha ou ao cigarro, possibilidade de se perder na rua, etc);
- presença e gravidade de depressão;
- presença e gravidade de sintomas comportamentais e psicológicos da demência;
- risco de autoagressão;
- caso esteja tomando algum medicamento: resposta terapêutica, efeitos colaterais e adesão ao tratamento, bem como sintomas cognitivo e sintoma alvo;
- barreiras à participação no tratamento;
- em relação aos cuidadores: desgaste e estratégias de enfrentamento, e necessidade de informação, treinamento e apoio.

» Compare a avaliação atual com anotações anteriores, e discuta os resultados com a pessoa e seus cuidadores.

» Determine se há necessidade de apoio adicional para a pessoa ou para seus cuidadores e facilite-a, conforme seja necessário.

» Discuta e chegue a um acordo sobre quaisquer mudanças do plano terapêutico.

Demência

Particularidades da Intervenção

Intervenções Farmacológicas

» Para os sintomas comportamentais e psicológicos de demência, pense em medicamentos antipsicóticos como haloperidol ou num antipsicótico atípico apenas após intervenções psicossociais. Considere esses medicamentos se os sintomas persistirem e houve risco iminente de danos.

» **CONSULTE UM ESPECIALISTA**

» Comece com 0,5 mg de haloperidol VO ou IM, como for necessário. Evite o haloperidol IV. Evite o diazepam.

» "Comece aos poucos e vá devagar", tateie a dose, reveja a necessidade regularmente (ao menos uma vez por mês), verificando efeitos colaterais extrapiramidais. Use a menor dose efetiva.

» Dirija-se ao módulo sobre Psicoses para pormenores sobre medicamentos antipsicóticos. **» PSI 3**

***NÃO** use inibidores da acetilcolinesterase (como donepezil, galantamina e rivastigmina) nem memantina rotineiramente em todos os casos de demência. Pense em usá-los apenas em locais onde se pode fazer o diagnóstico específico de Doença de Alzheimer e onde se dispõe de apoio e supervisão de especialistas e da monitoração (de efeitos colaterais) por parte dos cuidadores.*

ALC

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

ALC

As condições clínicas resultantes dos distintos padrões de consumo de álcool incluem a intoxicação aguda, a ingestão nociva, a dependência e a síndrome de abstinência. A intoxicação aguda é uma condição transitória que segue a ingestão de álcool e resulta em alterações da consciência, da cognição, da sensopercepção, do afetos e do comportamento. A ingestão nociva é um padrão de consumo de álcool que causa danos à saúde. O dano pode ser físico (por exemplo, doenças do fígado) ou mental (por exemplo, episódios de transtorno depressivo). Com frequência, está associada a consequências sociais (por exemplo, problemas familiares, ou problemas relacionados ao trabalho).

A dependência é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos nos quais o uso de álcool adquire, para um dada indivíduo, uma prioridade destacada sobre outros comportamentos que anteriormente tinham mais importância. O estado de abstinência de álcool se refere a um grupo de sintomas que podem ocorrer quando se interrompe abruptamente seu consumo após um período prolongado de uso diário.

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

Guia para a Avaliação e o Manejo de Casos de Urgência

1. A pessoa está intoxicada por álcool?

Pesquise:
- Cheiro de álcool no hálito
- Fala embotada
- Comportamento desinibido

Avalie:
- Nível de consciência
- Cognição e percepção

SIM

Se houver alterações do nível de consciência, da cognição, da sensopercepção, dos afetos ou do comportamento após o consumo recente de álcool

Provável intoxicação por álcool

- Avalie a respiração e as vias aéreas.
- Coloque a pessoa de lado para impedir aspiração, caso vomite.
- Encaminhe para um hospital ✚, se necessário, ou mantenha em observação até que os efeitos do álcool tenham se dissipado.
- **Se suspeitar de envenenamento por metanol, encaminhe imediatamente para um hospital ✚ para atendimento de urgência.**

2. A pessoa apresenta sinais de síndrome de abstinência de álcool?

A síndrome de abstinência de álcool ocorre após a interrupção da ingestão pesada de álcool, em geral entre 6 horas e 6 dias após a última dose.

Pesquise:
- Tremor de mãos
- Sudorese (transpiração)
- Vômito
- Pulso e pressão arterial aumentados
- Agitação

Pegunte sobre:
- Dor de cabeça
- Náusea
- Ansiedade

NOTA: Em casos graves podem ocorrer convulsões e confusão mental

SIM

A abstinência é grave? Investigue:
- Episódios prévios de abstinência alcoólica grave, com *delirium* e convulsões
- Outros problemas clínicos ou psiquiátricos, ou dependência de benzodiazepínicos
- Sintomas graves de abstinência presentes poucas horas após parar de beber

- Trate **imediatamente** com diazepam. **»ALC 3.1**
- Trate num hospital ou centro de desintoxicação, se houver. ✚

- **Se a abstinência se complicar com *delirium*: »ALC 3.1**
  - Trate com diazepan.
  - Mantenha em ambiente seguro.
  - Mantenha bem hidratado.
  - Se o delirium ou as alucinações persistirem, apesar da melhora dos outros sinais da abstinência, dê um antipsicótico, como o haloperidol, 2,5-5mg, por via oral, até 3 vezes por dia.

- **Se a abstinência se complicar com uma convulsão,** trate apenas com diazepam e não use anticonvulsivantes para prevenir futuras convulsões.

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

Guia para a Avaliação e o Manejo de Casos de Urgência

3. A pessoa apresenta estado confusional agudo ou turvação de consciência com história recente de ingestão pesada de álcool?

SIM

Trata-se de uma encefalopatia de Wernicke, de trauma craniano ou de *delirium* relacionado à abstinência alcoólica?

» Investigue nistagmo e ataxia da encefalopatia de Wernicke. Nos casos graves pode ocorrer oftalmoplegia.

» Investigue sinais de trauma craniano como ferimentos ou sangramento pelos ouvidos ou na cabeça.

» Reavalie quanto a um *delirium* por abstinência de álcool.

Exclua outras causas comuns de confusão mental, tais como infecções, hipóxia, hipoglicemia, encefalopatia hepática, e acidente vascular cerebral.

Encefalopatia aguda de Wernicke

» Trate todos os casos suspeitos com tiamina, 100mg, VO ou IM, 3 vexes ao dia durante 3 a 5 dias.

» Encaminhe o paciente com urgência para o hospital.

Traumatismo craniano

» Monitore o nível de consciência.

» Consulte um cirurgião.

Abstinência alcoólica com *delirium*

» Trate abstinência alcoólica com *delirium*. » **ALC 3.1**

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

Guia para a Avaliação e o Manejo

1. Investigue se há um padrão de consumo de álcool e de consequências negativas relacionadas ao seu uso.

» **Pergunte se a pessoa toma bebidas alcoólicas.**

Se SIM

» **Pergunte se a pessoa toma bebidas alcoólicas numa quantidade que a coloca em risco:**
Quantidade e frequência da ingestão

- Consumiu 5 doses (60 g de álcool)* ou mais em alguma ocasião nos últimos 12 meses.
- Toma, em média, mais de duas doses por dia.
- Bebe diariamente.

** Uma dose é a quantidade de álcool puro contido nas bebidas alcoólicas, em geral, entre 8 g e 12 g. Se a quantidade de álcool contida numa dose num determinado país estiver fora deses limites, o número de doses precisará ser reajustado.*

NOTA: A detecção de transtornos por uso de álcool na rotina

O uso arriscado de álcool e os transtornos por uso de álcool são bastante comuns. Com exceção de regiões de baixo consumo de bebidas alcoólicas, todas as pessoas que comparecem a uma unidade de saúde deveriam ser investigadas quanto ao uso de álcool. Isso pode ser feito de maneira informal ou através do uso de questionários como o AUDIT ou o ASSIST.

SIM

Se SIM

Colha uma história mais pormenorizada para investigar a presença de uso nocivo ou de dependência de álcool **(veja nº 2 abaixo e » ALC 2.1)**

Se a pessoa NÃO for dependente

» **as possibilidades clínicas são:**
USO ARRISCADO DE ÁLCOOL
ou
USO NOCIVO DE ÁLCOOL

» Informe claramente o paciente sobre os resultados da avaliação do uso de álcool e explique a ligação entre o nível do uso, seus problemas de saúde, e os riscos de curto e longo prazo de continuar usando no mesmo nível.

» Pergunte sobre o uso de outras substâncias psicoativas. **» DRO 2.1**

» Aborde brevemente com o paciente o seu uso de drogas.

Veja Intervenção Breve » ALC 2.2 para mais pormenores.

» Forneça, de maneira bem clara, recomendações para ou reduzir o uso nocivo de álcool a níveis mais seguros, ou parar completamente com a ingestão de bebidas alcoólicas, colocando-se ao seu dispor para ajudá-lo nesse sentido.

- Se a pessoa estiver disposta a reduzir ou interromper o consumo, discuta os melhores meios de atingir esse objetivo.
- Se não, insista que é possível interromper ou reduzir tanto o uso nocivo como o arriscado de álcool, e encoraje-a a retornar, se desejar conversar mais sobre isso.

» Busque ajuda de um especialista para as pessoas que continuam com uso nocivo e que não responderam a intervenções breves.

Se se tratar de um adolescente, veja a seção **» ALC 2.6**

Se for uma mulher grávida ou que esteja amamentando, veja **» ALC 2.7**

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

Guia para a Avaliação e o Manejo

2. Há indicações de dependência de álcool?

Colha uma história pormenorizada do uso de bebidas alcoólicas. » ALC 2.1

Pesquise:

- Desejo muito forte ou compulsão para tomar bebidas alcoólicas.
- Dificuldades para controlar o uso em termos de início, término ou quantidade
- Um estado fisiológico de abstinência quando o uso da bebida foi interrompido ou reduzido, indicado pelas características da síndrome de abstinência de álcool; ou uso da bebida (ou de outra substância muito parecida) com a intenção de aliviar ou esvitar os sintomas da abstinência.
- Evidência de tolerância, ou seja, são necessárias doses maiores da bebida para obter os mesmos efeito que antes eram obtidos com doses menores.
- Negligência progressiva de interesses ou prazeres alternativos devido ao uso, ou ao tempo necessário para obter ou consumir a bebida, ou para se recuperar de seus efeitos.
- Persistência do uso da bebida, apesar das claras evidências de suas consequências prejudiciais à saúde.

SIM

Se 3 ou mais dessas características estiverem presentes,

o diagnóstico é:
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

- Informe claramente o paciente sobre os resultados da avaliação e sobre os riscos de curto e longo prazo de continuar a beber nos mesmos níveis atuais.
- Aborde brevemente com o pessoa o seu uso de drogas. **Veja Intervenção Breve » ALC 2.2 .**
- Aconselhe a parar completamente com o uso de álcool.
- Recomende o uso diário de 10 mg de tiamina.
- Se a pessoa estiver disposta a tentar parar com o uso de álcool, ajude-a nesse sentido:'
  - Identifique o melhor lugar para fazer isso.
  - Planeje a cessação do uso do álcool.
  - Arranje um lugar para fazer a desintoxicação, se for necessário.
  - Durante a desintoxicação, trate os sintomas de abstinência com diazepam. **» ALC 3.1**
- Após a desintoxicação, previna recaídas com medicamentos (naltrexona, acamprosato ou dissulfiram) , se estiverem disponíveis. **» ALC 3.2**
- Avalie e trate qualquer comorbidade física ou psiquiátrica, idealmente depois de 2 a 3 semanas de abstinência, pois a maioria dos problemas desaparece nesse tempo.
- Pense no encaminhamento a um um grupo de autoajuda (como os Alcoólicos Anônimos) ou a uma comunidade terapêutica. **» ALC 2.3**
- **JAMAIS** ministre qualquer punição, em nome do tratamento.
- Cuide dos necessidades habitacionais e de emprego. **» ALC 2.4**
- Forneça informações e apoio ao paciente, a seus cuidadores e a seus familiares. **» ALC 2.5**
- Se for possível, desenvolva intervenções psicossociais, tais como aconselhamento ou terapia familiar, aconselhamento ou terapia para a resolução de problemas, terapia cognitivo-comportamental, terapia de reforço motivacional, terapia de manejo de contingências. **» INT**
- Avalie a necessidade de encaminhamento a serviços especializados.
- Marque retornos conforme a necessidade, de início bem frequentes.
- Busque a ajuda de especialistas sempre que necessário.

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

Particularidades da Intervenção

2.1 A obtenção da história clínica

Quando perguntar sobre o uso de álcool:

» Pergunte sem indicar nenhuma preferência de resposta, e tente não demonstrar surpresa diante de nenhuma resposta.

» Pergunte sobre o padrão e a quantidade do consumo de bebidas alcoólicas, e sobre quaisquer comportamentos associados ao uso de álcool que possam prejudicar a própria saúde, e a dos demais (por exemplo, onde, quando e com quem bebe habitualmente, o que desencadeia esse consumo, atividades durante a intoxicação, implicações financeiras, capacidade de cuidar das crianças, violência em relação a outros).

» Pergunte sobre danos decorrentes do uso de outras drogas, mais particularmente:
- ferimentos e acidentes
- dirigir sob o efeito de outras drogas
- problemas de relacionamento interpessoal
- drogas injetáveis e os riscos a elas associados
- problemas legais / financeiros
- sexo arriscado enquanto intoxicado, motivo de arrependimento posterior
- violência associada ao uso de bebidas alcoólicas, inclusive violência doméstica

» Pergunte sobre o início e o desenvolvimento do uso de outras drogas em relação a outros eventos da vida, por exemplo, numa história cronológica.

» Se houver evidências de uso nocivo ou ariscado de álcool, investigue a dependência, perguntando sobre o desenvolvimento de tolerância, sintomas de abstinência, uso de quantidade maiores ou por mais tempo do que pretendia, continuação do uso apesar de problemas relacionados, dificuldade para parar ou reduzir o uso, e fissura pela bebida.

» Investigue as redes sociais do paciente, bem como sobre seus padrões de uso de bebidas alcoólicas e de outras drogas.

O que buscar no exame:

» Presença de intoxicação ou de abstinência

» Evidências de consumo pesado prolongado, tais como doenças hepáticas (fígado inchado, sinais periféricos de lesão hepática), cerebelares ou lesões do sistema nervoso periférico.

Exames a serem considerados (sempre que possível):

» Enzimas hepáticas e hemograma completo.

2.2 Intervenções breves para reduzir o consumo nocivo de álcool

» **Exemplos de formas de reduzir o uso nocivo ou arriscado de bebidas alcoólicas**
- Não ter bebidas alcoólicas em casa.
- Não frequentar bares nem outros lugares onde se consome álcool.
- Pedir ajuda a familiares e amigos.
- Pedir ao paciente que retorne com familiares ou amigos para discutir juntos sobre o que fazer dali em diante.

» **Como falar sobre o uso de drogas com pacientes**
- Converse sobre o uso de bebidas alcoólicas de forma que a pessoa perceba que pode falar tanto do que acha de suas vantagens quanto de seus danos reais ou potenciais, levando em consideração o que a pessoa acha de mais importante em sua vida.
- Leve a conversa no sentido de uma avaliação equilibrada dos efeitos positivos e negativos do álcool, questionando opiniões exageradas sobre os benefícios e destacando alguns dos aspectos negativos que ela tenha porventura minimizado.
- Evite discutir com a pessoa e tente mudar o jeito de falar, se ela apresentar resistências – buscando sempre esclarecer o real impacto do álcool na vida daquela pessoa, no limite do que ela seja capaz de entender, naquele momento.
- Estimule a pessoa a decidir por si mesma se quer mudar o padrão de uso de bebidas alcoólicas, principalmente após uma conversa equilibrada sobre os prós e os contras do padrão de uso atual.
- Se a pessoa ainda não estiver preparada para parar ou reduzir o uso do álcool, peça que retorne num outro dia para continuarem a conversa, quem sabe acompanhada por um familiar ou amigo.

2.3 Grupos de autoajuda

» Lembre-se de aconselhar as pessoas dependentes de álcool a procurarem um grupo de autoajuda como, por exemplo, Alcoólicos Anônimos. Procure facilitar o contato inicial, por exemplo, marcando uma entrevista e acompanhando a pessoa na primeira sessão.

2.4 Necessidades habitacionais e de emprego

» Sempre que possível, trabalhe com agências locais e recursos comunitários para fornecer emprego assistido para os que precisam de ajuda para retornar ao trabalho ou para encontrar um emprego, e para facilitar o acesso a oportunidades de emprego (ou de estudo), com base nas necessidades e nas habilidades da pessoa.

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

Particularidades da Intervenção

» Sempre que possível, trabalhe com agências locais e recursos comunitários para conseguir algum tipo de alojamento (protegido ou não), bem como facilidades para viver independentemente, se necessário. Avalie cuidadosamente as capacidades da pessoa e a disponibilidade de álcool e outras drogas ao aconselhar sobre as melhores opções habitacionais.

2.5 Apoio a familiares e cuidadores

Converse com familiares e cuidadores sobre o impacto do uso de drogas e dos transtornos devidos ao uso de drogas neles mesmos e em outros membros da família, incluindo as crianças. Com base na informação das famílias:

» Ofereça uma avaliação de suas necessidades pessoais, sociais e de saúde mental.

» Forneça informações sobre o uso de outras drogas e os transtornos a ele relacionados.

» Ajude a identificar fontes de estresse relacionadas ao uso de drogas; investigue métodos de enfrentamento e promova comportamentos efetivos de enfrentamento.

» Informe-os e ajude-os com relação ao acesso a grupos de apoio (por exemplo, grupos de autoajuda de familiares e cuidadores) e outros recursos sociais.

2.6 Uso de álcool e outras drogas na adolescência

» Deixe clara a confidencialidade das entrevistas sobre cuidados de saúde, incluindo as circunstâncias nas quais informações poderão ser dadas a pais e outros adultos.

» Identifique as questões subjacentes mais importantes para o adolescente, levando em conta que os adolescentes, em geral, não são capazes de articular bem seus problemas. Isto significa ter que fazer claramente perguntas abertas sobre o acrônimo CEADS (Casa, Educação/Emprego, Atividades, Drogas e álcool, Sexualidade/Suicídio/Segurança) com tempo suficiente para as respostas.

» Embora apresentem problemas menos graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas, os jovens podem ter dependência grave. É tão importante investigar os problemas com álcool e outras drogas em adolescentes quanto o é em adultos.

» Forneça aos pais e aos adolescentes informações sobre os efeitos do álcool e de outras drogas na saúde individual e no funcionamento social.

» É mais importante encorajar modificações no ambiente do que colocar o foco diretamente no adolescente como sendo o problema, por exemplo, encorajando uma maior participação na escola e no trabalho e em atividades pós-escola e pós-trabalho que ocupem o tempo do adolescente, e encorajando a participação em atividades grupais que facilitem a aquisição de habilidades por parte do adolescente e, ao mesmo tempo, contribuam para suas comunidades. É importante que os adolescentes se envolvam com atividades que sejam de seu interesse.

» Estimule pais e adultos responsáveis a saber por onde o adolescente anda, com quem estão, o que fazem, quando voltam para casa e a esperar que o adolescente se responsabilize por suas atividades.

» Estimule os pais a estabelecer expectativas claras (e, ao mesmo tempo, estar preparados para negociar essas expectativas com o adolescente) e a discutir sobre as consequências de seus comportamentos e seu desrespeito das expectativas.

» Aconselhe os pais a limitar seus próprios comportamentos que possam estar contribuindo para o uso de álcool e outras drogas de seus filhos, incluindo a compra ou o oferecimento de bebidas, ou dar dinheiro que possam ser usados para comprar bebida ou drogas, tendo sempre em mente a influência potencial de seu próprio uso de álcool e drogas sobre seus filhos.

2.7 Mulheres: gravidez e amamentação

» Aconselhe as mulheres que estão planejando engravidar, ou que já estejam grávidas, a evitar o uso de álcool completamente.

» Informe as mulheres que mesmo pequenas quantidades de álcool no início da gravidez pode prejudicar o desenvolvimento do feto, e que maiores quantidades de álcool podem resultar numa grave síndrome de problemas do desenvolvimento chamada Síndrome Fetal pelo Álcool (SFA).

» Aconselhe as mães que amamentam a evitar o álcool completamente.

» Diante dos benefícios da amamentação exclusiva (principalmente nos seis primeiros meses), se as mulheres continuarem a beber, devem ser aconselhadas a limitar seu consumo de bebidas alcoólicas, e, a reduzir a quantidade de álcool no leite, dando de mamar antes de tomar qualquer bebida alcoólica e não dar de mamar até que os níveis de álcool no sangue caiam a zero (aproximadamente 2 horas para cada dose consumida, isto é, 4 horas, se tomou duas doses), ou retirar o leite para dar posteriormente.

» Às mães com uso nocivo de drogas e filhos pequenos deve-se oferecer serviços de apoio social, onde houver, incluindo visitas pós-natais adicionais, treinamento dos pais, e cuidados das crianças durante as consultas

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

Particularidades da Intervenção

3.1 Manejo da retirada do álcool

» Fique atento a uma pessoa em risco de entrar em síndrome de abstinência, por exemplo, uma pessoa internada num hospital geral cuja dependência não foi diagnosticada.

» Se houver evidências do início de uma síndrome de abstinência (ou antes que os sintomas surjam, no caso de um suspensão planejada da ingestão), ministre diazepam numa dose inicial de até 40 mg por dia (isto é, 10 mg 4 vezes, ou 20 mg 2 vezes, ao dia), durante 3-7 dias. Em pessoas com insuficiência hepática (por exemplo, lesão do fígado, idosos) use apenas uma dose única inicial (5-10 mg) e avalie a duração dessa dose, antes de prescrever outras.

> *A dose e a duração do tratamento com o diazepam devem ser determinadas individualmente, de acordo com a gravidade da abstinência e a presença de outros problemas de saúde. Num ambiente hospitalar, o diazepam pode ser dado mais frequentemente (isto é, de hora em hora), e em doses mais altas (isto é, até 120 mg por dia mos 3 primeiros dias), se for necessário e com base em avaliações frequentes do paciente.*

» Ministre 100 mg/dia de tiamina, VO, por 5 dias (ou mais, se necessário) a fim de prevenir o desenvolvimento de síndromes decorrentes de deficiência da tiamina, como a encefalopatia de Wernicke. Pense em suplementação de outras vitaminas, quando indicado.

» Mantenha a hidratação e a reposição de eletrólitos. Reponha os níveis de sódio e de potássio, que geralmente estarão baixos.

» Assegure o apoio aos cuidadores.

» Mantenha o paciente num ambiente calmo, bem iluminado durante o dia, e suficientemente à noite para impedir quedas, se a pessoa se levantar durante a noite.

» Diante de casos de dependência alcoólica grave (história prévia de síndrome de abstinência grave, convulsões ou *delirium*) ou doenças físicas ou mentais graves concomitantes ou não disponha de adequado apoio social, **CONSULTE UM ESPECIALISTA**, se houver algum disponível.

» Não descuide de tratar os outros problemas de saúde (por exemplo, encefalopatia de Wernicke, encefalopatia hepática, hemorragias gastrointestinais, traumatismo craniano, com ou sem hematoma subdural). As benzodiazepinas não deveriam ser empregadas em pessoas com encefalopatia hepática ou depressão respiratória.

ONDE proceder retirada do álcool?

» Já houve episódios graves de abstinência, convulsões ou *delirium* no passado?

» Há outros problemas médicos ou psiquiátricos significativos?

» Surgiram sintomas de abstinência significativos dentro de 6 horas depois da última dose?

» Uma tentativa prévia de privação de álcool em regime ambulatorial não deu resultado?

» A pessoa é sem teto ou sem nenhum apoio social?

Se a resposta a qualquer das perguntas acima for SIM, é preferível fazer a privação em regime de internação.

***Delirium* na abstinência alcoólica**

» Trate a pessoa num ambiente seguro, com baixo nível de estimulação, onde haja pouca probabilidade que ele cause dano para si mesmo.

» Trate a privação alcoólica subjacente com diazepam.

» Ministre 10 mg de tiamina IV ou IM, 3 vezes ao dia durante 5 dias.

» Se necessário, use medicação antipsicótica apenas enquanto durarem os sintomas psicóticos (por exemplo, haloperidol 2,5;5 mg VO 3 vezes ao dia.

» Mantenha a hidratação.

» Evite a contenção física.

Sempre pense em outras causas de delirium e alucinação (por exemplo, trauma craniano, hipoglicemia, infecção (pneumonia, no mia das vezes), hipóxia, encefalopatia hepática ou acidentes vasculares cerebrais).

Particularidades da Intervenção

3.2 Medicamentos que previnem a recaída depois que a pessoa deixou a bebida

Há vários medicamentos úteis no tratamento da dependência alcoólica e que aumentam as probabilidades de que a pessoa se mantenha abstinente de bebidas alcoólicas. Os principais medicamentos são o acamprosato, a naltrexona e o dissufiram. A decisão de usar esses medicamentos deve ser tomada levando em conta as preferências da pessoa e uma avaliação de riscos e benefícios (por exemplo, o risco aumenta se o medicamento for administrado por um trabalhador de saúde sem treinamento médico, ou se a pessoa tiver uma doença hepática, ou se usar outras drogas). Os três medicamentos devem ser evitados, na medida do possível, em mulheres grávidas ou que estejam amamentando, bem como em pessoas com disfunção hepática ou renal significativa,embora cada situação deva ser analisada individualmente. Onde houver um centro especializado (por exemplo, CAPSad), a pessoa poderá ser encaminhada para estes e outros tratamentos. A resposta efetiva a esses medicamentos pode incluir tanto uma abstinência completa como uma redução da quantidade e da frequência do uso de bebidas alcoólicas.

3.2.1 Acamprosato

O acamprosato suprime a sensação de urgência para beber num dependente de álcool. Deve ser introduzido imediatamente após a conclusão do afastamento da bebida. Prescrevem-se 2 comprimidos (de 333 mg) três vezes ao dia, exceto em pessoas que pesam menos de 60 kg, que recebem 2 comprimidos duas vezes ao dia. O tratamento deve ser mantido por 12 meses. As reações adversas ao acamprosato ocorrem em cerca de 20% dos pacientes e incluem diarreia, náusea, vômitos, dores abdominais, prurido, ocasionalmente erupção cutânea maculopapular, e, raramente, reações dermatológicas bolhosas.

3.2.2 Naltrexona

A naltrexona também suprime a sensação de urgência para beber. Pode ser iniciada após a conclusão do afastamento da bebida, em dose de 50 mg por dia. A dose de manutenção é de 50-100 mg por 12 meses. É importante assegurar-se de que a pessoa não tenha usado nenhum opioide nos 7 dias anteriores. A pessoa deve ser informada que a naltrexona bloqueia a ação de medicamentos opioides, caso ela venha a precisar de analgesia por opioides no futuro próximo. As reações adversas ocorrem em cerca de 20% dos pacientes e incluem náusea, vômitos, dores abdominais, ansiedade, dificuldades para dormir, dor de cabeça, redução da energia, dores musculares e nas articulações. Como em altas doses pode ocorrer toxicidade hepática, nestes casos, se possível, deve-se fazer exames de função hepática rotineiramente.

3.2.3 Dissulfiram

O efeito do dissulfiram se baseia no receio de reações desagradáveis e potencialmente perigosas, que incluem rubor facial, náuseas, vômitos e desmaios, se a pessoa tomar bebidas alcoólicas na vigência do medicamento. A pessoa deve ser informada sobre seu mecanismos de ação e sobre a natureza da reação dissulfiram-álcool, incluindo o fato de que 1 em cada 15.000 pacientes tratados com dissulfiram morrem em conseqüência dessa reação (um risco que é baixo, se comparado ao risco de morrer de uma dependência alcoólica não tratada). O disulfiram deve ser proposto a pacientes motivados para os quais a adesão pode ser monitorada pelos trabalhadores de saúde, pelos cuidadores ou familiares, e quando os prestadores de cuidados estão cientes dos efeitos adversos potenciais, incluindo a reação dissulfiram-álcool. A dose habitual é de 200 mg por dia. As reações adversas incluem tonturas, fadiga, náuseas, vômitos, diminuição da libido, reações psicóticas (raras), dermatite alérgica, neurite periférica e dano às células do fígado. O dissulfiram está contraindicado em pessoas com doença coronariana, insuficiência cardíaca, história de acidentes vasculares cerebrais, hipertensão, psicose, transtorno grave de personalidade e risco de suicídio.

DRO

Uso de Drogas e Transtornos por Uso de Drogas

DRO

As condições clínicas resultantes dos distintos padrões de uso de drogas incluem a *overdose* aguda por sedativos, a intoxicação ou a *overdose* por estimulantes, o uso prejudicial ou o uso arriscado de drogas, a dependência da maconha, a dependência de opioides, a dependência de estimulantes, a dependência de benzodiazepinas, e seus estados correspondentes de abstinência.

O uso nocivo de drogas é um padrão de uso que causa danos à saúde. O dano pode ser físico (como no caso de infecções) ou mentais (por exemplo, episódios de transtorno depressivo), e, com frequência, está associada à perturbação do funcionamento social (por exemplo, problemas familiares, legais ou relacionados ao trabalho).

A dependência é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos nos quais o uso de drogas adquire, para um dada indivíduo, uma prioridade acentuada sobre outros comportamentos que anteriormente tinham mais importância.

O estado de abstinência de drogas se refere a um grupo de sintomas que ocorrem quando se interrompe abruptamente seu consumo após um período prolongado de uso diário.

Uso de Drogas e Transtornos por Uso de Drogas

Guia para a Avaliação e o Manejo de Casos de Urgência

1. A pessoa está em estado de intoxicação aguda ou *overdose* de um estimulante?

- Pupilas dilatadas
- Excitação, pensamento acelerado e desorganizado, paranoia
- Uso recente de cocaína ou de outros estimulantes
- Pulso e pressão arterial aumentados
- Comportamento agressivo, imprevisível ou violento

SIM

Intoxicação aguda ou overdose de cocaína ou estimulante do tipo da anfetamina

- Dê diazepam em doses fracionadas até que a pessoa se acalme e fique levemente sedada.
- Se os sintomas psicóticos não responderem aos benzodiazepínicos, pense em usar antipsicóticos de ação rápida.
- **NÃO** introduza psicóticos de longa ação.
- Monitorize a pressão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a temperatura de 2 em 2 horas.
- Se a pessoa se queixar de dor no peito, se apresentar taquiarritmias ou se tornara violenta ou incontrolável, transfira imediatamente para um hospital.
- Durante a fase pós-intoxicação, fique atento a pensamentos ou atos suicidas.

2. A pessoa está sob uma *overdose* de algum sedativo?

***Overdose* de um opioide ou de outro sedativo ou de mistura de drogas com ou sem *overdose* de álcool**

- Sem reação ou com reações mínimas
- Frequência respiratória baixa
- Pupilas puntiformes (*overdose* de opioide)

SIM

Se:

- Frequência respiratória < 10

OU

- Saturação de oxigênio < 92%

- Mantenha desimpedidas as **vias aéreas**, cuide da **respiração** e da **circulação**
- **Naloxona 0,4mg subcutâneo, IM ou IV (isso, para overdose de opioide, porém ineficaz para overdose de outros sedativos); repetir, se necessário.**
- Observe por 1-2 horas após a injeção de naloxona
- Para overdoses de opioides de longa ação, transfira para um hospital para perfusão com naloxona e assistência ventilatória.

Se não responder à naloxona:

- *Coloque sob assistência respiratória e transfira imediatamente para um hospital*

3. A pessoa está em estado de abstinência aguda de opioide?

- História de dependência de opioide, interrupção recente (no últimos dias) de uso pesado
- Náusea, vômitos, diarreia
- Pupilas dilatadas
- Pulso e pressão arterial aumentados
- Bocejos repetidos, lacrimejamento e coriza e piloereção ("pele de galinha")
- Ansiedade, inquietação

SIM

Abstinência de opioide

- Trate com doses reduzidas de opioides (metadona, buprenorfina, ou agentes alfa-adrenérgicos, como clonidina ou lofexidina), empregando doseamento supervisionado ou dispensação diária.
- Trate sintomas específicos conforme seja necessário (diarreia, vômitos, dores musculares, insônia).
- Pense em iniciar o tratamento de manutenção com agonistas opioides.
- Reidratação oral ou IV, se necessário.

Uso de Drogas e Transtornos por Uso de Drogas

Guia para a Avaliação e o Manejo

1. A pessoa usa drogas ilícitas ou medicamentos não prescritos de forma a prejudicar sua saúde?

» Pergunte sobre o uso recente de drogas » **DRO 2.1**
» Investigue danos relacionados a drogas

NOTA: Questionários de triagem, como o ASSIST, podem ser empregados para avaliar o uso de drogas e problemas relacionados.

NOTA: **Busca ativa de casos**

A prevalência dos transtornos por uso de drogas varia enormemente de um lugar a outro. Em locais com altas taxas de uso e drogas, pode ser adequado interrogar todos os pacientes sobre o consumo de drogas. Isto pode ser feito de maneira informal, ou através do uso de questionários como o ASSIST. Em outros locais, pergunte sobre o uso de drogas sempre que as características clínicas sugerirem a presença de um transtorno por uso de drogas. Estes incluem aspecto descuidado, ferimentos, infecções e problemas de saúde mental.

SIM

Se SIM, investigue a presença de dependência (veja no. 2 abaixo). Se a pessoa **NÃO** for dependente, há duas possibilidades:

USO ARRISCADO DE DROGAS
ou
USO NOCIVO DE DROGAS

» Informe claramente o paciente sobre os resultados da avaliação do uso de drogas e explique a ligação entre o nível do uso, seus problemas de saúde, e os riscos de curto e longo prazo de continuar usando no mesmo nível.
» Pergunte sobre o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas. **» ALC 2.1**
» Discuta brevemente com o paciente sobre seu uso de álcool e outras drogas.
» **Veja Intervenção Breve » DRO 2.2** para mais pormenores.
» Forneça, de maneira bem clara, recomendações para interromper o uso nocivo de substâncias e sua disponibilidade para ajudar o paciente nesse sentido.
  – Se a pessoa estiver disposta a reduzir ou interromper o consumo, discuta os melhores meios de atingir esse objetivo.
  – Se não, insista que é possível interromper ou reduzir tanto o uso nocivo como o arriscado de substâncias, e encoraje o paciente a voltar se desejar conversar mais sobre isso.
» Se for um adolescente, veja a seção sobre uso de álcool e outras drogas por adolescentes. **» ALC 2.6**
» Se for uma mulhar grávida ou que esteja amamentando, veja **» DRO 2.7**
» Marque um retorno para a próxima oportunidade.
» Procure apoio de um especialista para os casos de pessoas que continuam usando drogas de forma nociva e que não responderam a intervenções breves.

2. Há indicações de dependência de drogas?

» **Efetue uma avaliação pormenorizada. » DRO 2.1**

Pesquise:

» Desejo muito forte ou compulsão para usar drogas.

» Dificuldades para controlar o uso em termos de início, término ou quantidade.

» Um estado fisiológico de abstinência quando o uso da droga foi interrompido ou reduzido, indicado pelas características da síndrome de abstinência da droga; ou uso da mesma substância (ou outra muito parecida) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas da abstinência.

» Evidência de tolerância, ou seja, são necessárias doses maiores da substância para obter os mesmos efeitos que antes eram obtidos com doses menores.

» Negligência progressiva de interesses ou prazeres alternativos devido ao uso, ou ao tempo necessário para obter ou consumir a droga, ou para se recuperar de seus efeitos.

» Persistência do uso da droga, apesar das claras evidências de suas consequências prejuciais à saúde.

SIM

Se 3 ou mais dessas características estiverem presentes,

o diagnóstico é:
DEPENDÊNCIA DE DROGAS

» Informe claramente o paciente sobre o diagnóstico e sobre os riscos de curto e longo prazo
» Investigue as razões que a pessoa tem para usar drogas, empregando técnicas de intervenção breve. **» DRO 2.2**
» Aconselhe a pessoa a parar completamente com o uso da droga e sinalize sua intenção de ajudá-la nesse sentido.
» Pergunte à pessoa se está preparada para deixar de usar a droga.

» **Dependência de Maconha ou de Estimulantes (cocaína, crack, anfetaminas, etc)**
  – Faça uma intervenção mais intensiva (isto é, até 3 sessões, de até 45 minutos cada). **» DRO 2.2**
  – Trate os sintomas de abstinência. **» DRO 3.3**
  – Providencie um serviço de desintoxicação, se necessário.
» **Dependência de Opioide**
  – Avalie a gravidade da dependência. **» DRO 2.1**
  – Na maioria dos casos, recomende tratamento de manutenção com agonistas dos opioides (também chamado de terapia de substituição de opioides, TSO). Aplique ou encaminhe para TSO, se necessário. **» DRO 3.1**
  – Providencie a desintoxicação, se for solicitada. **» DRO 3.2**
» **Dependência de benzodiazepínicos**
  – Redução gradual sob supervisão da benzodiazepina, ou redução mais rápida em regime de internação. **» DRO 3.2**

EM TODOS OS CASOS

» Pense no encaminhamento para grupos de autoajuda, e para comunidades terapêuticas ou de reabilitação. **» DRO 2.3**
» Examine as necessidades de habitação (alojamento) e de emprego. **» DRO 2.4**
» Forneça informações e apoio ao paciente, a seus cuidadores e a seus familiares. **» DRO 2.5**
» Se disponível, aplique intervenções psicossociais, tais como aconselhamento ou terapia familiar, aconselhamento ou terapia para a resolução de problemas, terapia cognitivo-comportamental, terapia de reforço motivacional, terapia de manejo de contingências. **» INT**
» Proponha estratégias de redução de danos aos usuários de drogas injetáveis. **» DRO 2.6**

Uso de Drogas e Transtornos por Uso de Drogas

Particularidades da Intervenção

2.1 Avaliação

A obtenção da história clínica

Quando perguntar sobre o uso de drogas

» Pergunte sobre o uso de drogas ilícitas sem deixar transparecer nenhum juízo de valor, talvez depois de perguntar sobre o uso de cigarros, álcool e qualquer outra droga que seja relevante.

» Pergunte sobre o padrão e a quantidade consumida, e sobre quaisquer comportamentos associados ao uso de drogas que possam prejudicar a própria saúde, e a dos demais (por exemplo, drogas fumadas, drogas injetadas, atividades durante a intoxicação, implicações financeiras, capacidade de cuidar das crianças, violência em relação a outros).

» Pergunte sobre o início e o desenvolvimento do uso de drogas em relação a outros eventos da vida, por exemplo, numa história cronológica.

» Pergunte sobre danos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, mais particularmente:
- ferimentos e acidentes
- dirigir sob o efeito de álcool e outras drogas
- problemas de relacionamento interpessoal
- drogas injetáveis e os riscos a elas associados
- problemas legais / financeiros
- sexo arriscado enquanto intoxicado, motivo de arrependimento posterior

» Investigue a dependência, perguntando sobre o desenvolvimento de tolerância, sintomas de abstinência, uso de quantidade maiores ou por mais tempo do que pretendia, continuação do uso apesar de problemas relacionados, dificuldade para parar ou reduzir o uso, e fissura pela droga.

O que buscar no exame

» **Sinais de injeções:** Os sinais mais comuns de injeção são encontrados na fossa antecubital (dobra do cotovelo) ou na virilha. A pessoa pode mostrar onde injetou drogas. Marcas antigas de injeção aparecem como um escurecimento ou atrofia da pele. Locais de injeção recente são pequenas e, em geral, vermelhas e inflamadas. No caso de dependência de drogas injetáveis (como a heroína) tanto marcas antigas como recentes são visíveis.

» **Presença de intoxicação ou de abstinência:**
- Intoxicação por opioide: sonolência, lentificação do discurso, pupilas pequenas e depressão respiratória.
- Abstinência de opioide: ansiedade, pupilas dilatadas, bocejos repetidos, coriza e piloereção (“pele de galinha depenada”).

- Intoxicação por benzodiazepínicos: sedação, discurso lento e pastoso, depressão respiratória.
- Abstinência de benzodiazepínicos: ansiedade e agitação, cãibras musculares, cólicas abdominais, pulso acelerado, aumento da pressão arterial, insônia e (em casos graves) convulsões e *delirium*

- Intoxicação por estimulantes: hiperatividade, discurso acelerado, pupilas dilatadas.
- Abstinência de estimulantes: fadiga, aumento do apetite, irritabilidade, depressão e emocional e ansiedade.

- Intoxicação por maconha: conjuntivas avermelhadas, repostas retardadas, pupilas de tamanho normal.
- Abstinência de maconha: labilidade emocional, ansiedade e cãibras musculares (mas pode não haver nenhum sinal digno de nota).

» **Aspecto físico e estado mental:** O aspecto físico é um bom indicador da capacidade para cuidar de si mesmo.

» **Complicações comuns para a saúde decorrentes do uso de drogas injetáveis:** Pode haver evidência de infecção pelo VIH e doenças associadas, pela hepatite B ou C, infecções no local das injeções, ou tuberculose.

» **Outros problemas de saúde comumente associados ao uso de drogas:** dentes em mau estado, parasitoses de pele (piolho, sarna), doenças transmitidas sexualmente, desnutrição.

Exames a serem considerados

» Pesquisa de drogas na urina: Pode ser uma forma útil para explorar a história do uso de drogas, principalmente se a pessoa tem algo a ganhar ao ocultar a verdade. Deve ser realizada antes do início da TSO, e os resultados devem estar disponíveis antes da terceira dose (a fim de evitar uma *overdose* acidental em pessoas não dependentes de opioides que iniciam a TSO). Pode-se usar o teste com tirinhas, embora sejam menos confiáveis.

» Sorologia dos vírus transmitidos pelo sangue (VIH, hepatite B e C).

» Exames para detecção de doenças sexualmente transmitidas (DST).

» Exame de escarro (quando se suspeitar de tuberculose).

Particularidades da Intervenção

Intervenções Psicossociais

2.2 Intervenções breves

Como falar sobre o uso de drogas com pacientes:

- Converse sobre o uso de drogas, de forma que a pessoa perceba que pode falar tanto do que acha de suas vantagens quanto de seus danos reais ou potenciais, levando em consideração o que a pessoa acha de mais importante em sua vida.
- Leve a conversa no sentido de uma avaliação equilibrada dos efeitos positivos e negativos da droga, questionando opiniões exageradas sobre os benefícios e destacando alguns dos aspectos negativos que ela tenha porventura minimizado.
- Evite discutir com a pessoa e tente mudar o jeito de falar, se ela apresentar resistências – buscando sempre esclarecer o real impacto da droga na vida daquela pessoa, no limite do que ela seja capaz de entender, naquele momento.
- Estimule a pessoa a decidir por si mesma se quer mudar o padrão de uso da droga, principalmente após uma conversa equilibrada sobre os prós e os contras do padrão de uso atual.
- Se a pessoa ainda não estiver preparada para parar ou reduzir o uso da droga, peça que retorne num outro dia para continuarem a conversa, quem sabe acompanhada por um familiar ou amigo.

2.3 Grupos de autoajuda

Lembre-se de aconselhar as pessoas dependentes de drogas a procurarem um grupo de autoajuda como, por exemplo, Narcóticos Anônimos. Procure facilitar o contato inicial, por exemplo, marcando uma entrevista e acompanhando a pessoa na primeira sessão.

2.4 Necessidades habitacionais e de emprego

- Sempre que possível, trabalhe com agências locais e recursos comunitários para fornecer emprego assistido para os que precisam de ajuda para retornar ao trabalho ou para encontrar um emprego, e para facilitar o acesso a oportunidades de emprego (ou de estudo), com base nas necessidades e nas habilidades da pessoa.
- Sempre que possível, trabalhe com agências locais e recursos comunitários para conseguir algum tipo de alojamento (protegido ou não), bem como facilidades para viver independentemente, se necessário. Avalie cuidadosamente as capacidades da pessoa e a disponibilidade de álcool e outras drogas ao aconselhar sobre as melhores opções habitacionais.

2.5 Apoio a familiares e cuidadores

Converse com familiares e cuidadores sobre o impacto do uso de drogas e dos transtornos devidos ao uso de drogas neles mesmos e em outros membros da família, incluindo as crianças. Com base na informação das famílias:

- Ofereça uma avaliação de suas necessidades pessoais, sociais e de saúde mental.
- Forneça informações sobre o uso de drogas e os transtornos por uso de drogas.
- Ajude a identificar fontes de estresse relacionadas ao uso de drogas; investigue métodos de enfrentamento e promova comportamentos efetivos de enfrentamento.
- Informe-os e ajude-os com relação ao acesso a grupos de apoio (por exemplo, grupos de autoajuda de familiares e cuidadores) e outros recursos sociais.

Uso de Drogas e Transtornos por Uso de Drogas

Particularidades da Intervenção

Intervenções Psicossociais

2.6 Estratégias de redução de danos

» Oriente quanto aos riscos do uso de drogas injetáveis.

» Informe sobre técnicas de injeção menos arriscadas e sobre a importância de usar material esterilizado.

» Informe sobre o acesso a programas de trocas de seringas e agulhas, onde existir, ou outras fontes de material esterilizado para injeção.

» Proponha e estimule a realização de exames para detecção de doenças virais transmitidas pelo sangue, sempre que possível.

» Ofereça tratamento para as complicações do uso de drogas e de outros problemas médicos e psiquiátricos, bem como apoio psicossocial, mesmo que a pessoa não queira deixar de usar drogas, naquele momento.

» Com o tempo, depois de estabelecer um vínculo com a pessoa, intensifique seus esforços para encorajar a pessoa que usa drogas injetáveis a aceitar tratamento para seu transtorno por uso de drogas.

2.7 Mulheres: gravidez e amamentação

» Interrogue sobre o ciclo menstrual e informe a mulheres que o uso de drogas pode interferir nele, por vezes dando a falsa impressão de que não poderá engravidar.

» Aconselhe as grávidas a parar com o uso de qualquer droga, e apóie-as nesse sentido. As grávidas dependentes de opioides devem ser aconselhadas a usarem uma droga de substituição agonista, como a metadona.

» Examine os bebês nascidos de mães usuárias de drogas para verificar a presença ou ausência de sintomas de abstinência (conhecida como síndrome de abstinência neonatal). A síndrome de abstinência neonatal devida ao uso materno de opioides deve ser tratada com doses baixas de opioides (como a morfina) ou barbitúricos.

» Aconselhe e apóie as mães que amamentam a não usarem nenhum tipo de droga.

» Aconselhe e apóie as mães com transtornos por uso de drogas a apenas amamentarem seus bebês ao menos durante os seis primeiros meses, a menos que haja uma recomendação de um especialista para não amamentar.

» Às mães com uso nocivo de drogas e filhos pequenos deve-se oferecer serviços de apoio social, onde houver, incluindo visitas pós-natais adicionais, treinamento do pais, e cuidados das crianças durante as consultas.

Particularidades da Intervenção

Farmacoterapia

3.1 Manejo da retirada de opioides

É preciso cuidado antes de iniciar a retirada de opioides, particularmente se houve uso injetável. A abstinência resulta numa diminuição da tolerância aos opioides e, se houver um retorno ao uso, a pessoa corre o risco de uma *overdose*. É melhor considerar a retirada onde e quando houver a possibilidade de admissão a um programa de reabilitação em regime de internação. Como alternativa, pode-se considerar a possibilidade de um tratamento de manutenção com um agonista de opioides com metadona ou buprenorfina. Ao tomar a decisão de iniciar a retirada, informe a pessoa sobre os sintomas esperados e a duração do processo de abstinência, e escolha um dos seguintes:

- **Buprenorfina.** A Buprenorfina é dada sublingual, em doses de 4-16mg durante 3 a 14 dias. Antes de iniciar o tratamento com a buprenorfina, é importante esperar que os sinais e os sintomas da abstinência fiquem evidentes (no mínimo, 8 horas depois da última dose de heroína e, no mínimo, 24-48 hs depois da última dose de metadona), devido ao risco de que precipite a síndrome de abstinência. Deve-se tomar um cuidado particular nos casos em que a pessoa toma também outros medicamentos sedativos.
- **Metadona.** Dada oralmente com dose inicial de 15-20mg, podendo aumentar, se necessário, para 30mg por dia, e reduzindo gradualmente em 3 a 10 dias. Deve-se tomar um cuidado particular nos casos em que a pessoa toma também outros medicamentos sedativos.
- **Clonidina ou lofexidina.** Dadas em dose de 0,1-0,15mg 3 vezes ao dia. Pode provocar sensação de cabeça vazia, tontura e sedação. Deve-se tratar sintomaticamente, por exemplo, as náuseas com antieméticos, a dor com analgésicos simples e a insônia com sedativos leves.

3.2 Manejo da retirada de benzodiazepínicos

A retirada efetiva dos benzodiazepínicos emprega uma redução gradual da dose ao longo de 8 a 12 semanas, com a transição para benzodiazepinas de longa ação. Deve sempre ser feita em combinação com apoio psicossocial.

Se ocorrer uma síndrome de abstinência de difícil controle (que também pode acorrer após a interrupção não planejada do uso dessas drogas): **CONSULTE UM ESPECIALISTA**, ou outro recurso disponível para iniciar uma sedação com altas doses de benzodiazepínicos em regime de internação.

Evite prescrever benzodiazepínicos a pacientes que não conheça bem.

3.3 Manejo da retirada de estimulantes (maconha, cocaína, anfetaminas)

- Maneje os sintomas de abstinência à medida em que forem aparecendo, isto é, trate as náuseas com anti-eméticos, a dor com analgésicos simples e a insônia com sedativos leves.
- Mantenha a hidratação.
- Evite a contenção física.
- Permita que a pessoa deixe o local do tratamento, se ela o desejar.
- Podem ocorrer sintomas depressivos durante ou após o período da retirada, e a pessoa podia ter uma depressão pré-existente. Fique atento ao risco de suicídio.

3.4 Continuidade do tratamento e do apoio após a desintoxicação

Após uma desintoxicação bem sucedida, proponha a todos os pacientes a continuação do tratamento, apoio e monitoramento, independentemente do local onde ela ocorreu.

3.5 Tratamento de manutenção com agonista de opioides (também chamada de tratamento de substituição de opioides)

A manutenção com agonista de opioides requer a presença de um protocolo bem estabelecido e regulamentado (estes medicamentos não devem ser prescritos na ausência de tal protocolo). Caracteriza-se pela prescrição de opioides de longa duração, tais como a metadona e a buprenorfina, geralmente em base diária, sob supervisão. Há uma forte evidência de que o tratamento de manutenção com agonista de opioides efetivamente reduz o uso de drogas ilícitas, a mortalidade a disseminação do VIH e da criminalidade, e melhora a saúde física e mental, bem como o funcionamento social.

Monitoração: Os medicamentos usados no tratamento de manutenção com agonista de opioides são sujeitos a abuso e desvios; portanto, esses programas devem empregar diversas estratégias para reduzir o riso de desvios, incluindo a administração supervisionada.

SUI

Autoagressão / Suicídio

SUI

Suicídio é o ato deliberado de se matar. Autoagressão é um termo mais amplo que se refere a um envenenamento ou a uma lesão autoinfligidos intencionalmente, que pode ou não ter uma intenção ou um desfecho fatal.
Qualquer pessoa com mais de 10 anos de idade que apresente qualquer das condições abaixo deve ser interrogada a respeito de ideias ou planos de autoagressão no último mês e sobre atos de autoagressão no último ano:

» qualquer das demais condições prioritárias (veja o Mapa Geral do MI-GAP);

» dor crônica;

» desconforto emocional agudo.

Avalie os pensamentos, os planos e os atos de autoagressão durante a avaliação inicial e periodicamente em seguida, conforme o caso. Cuide do estado mental e do desconforto emocional da pessoa.

Perguntar sobre autoagressão NÃO provoca atos de autoagressão. Em geral, reduz a ansiedade associada aos pensamentos ou atos de autoagressão e ajuda a pessoa a se sentir compreendida. Entretanto, tente estabelecer um bom relacionamento com a pessoa, antes de perguntar sobre autoagressão. Peça à pessoa para explicar suas razões para se autoagredir.

Autoagressão / Suicídio

Guia de Avaliação e Manejo

1. A pessoa fez uma tentativa grave de autoagressão? Há um risco iminente de autoagressão/suicídio?

Examine se há evidências de autoagressão

Investigue:
» Sinais de envenenamento ou intoxicação
» Sinais/sintomas que requerem tratamento médico urgente, como:
  – sangramento a partir de ferimentos autoinfligidos
  – perda da consciência
  – extrema letargia

Pergunte sobre:
» Intoxicação ou autoagressão recentes

SIM

Se a pessao precisar de tratamento médico urgente para as consequências da autoagressão

» Trate as lesões ou o envenenamento.
» Se for **Intoxicação Aguda por Pesticidas**, proceda de acordo com Manejo de Intoxicação por Pesticidas. » **SUI 2.3**
» Se for necessária uma hospitalização, continue a monitorar o paciente de perto para impedir um suicídio.

NÃO

Se NÃO, avalie o risco iminente de autoagressão/suicídio

Em todos os casos:
Coloque a pessoa em um ambiente seguro e protetor do serviço de saúde (não a deixe só).

» Cuide da pessoa que se autoagrediu. » **SUI 2.1**
» Ofereça e ative apoio psicossocial. » **SUI 2.2**
» Consulte um especialista em saúde mental, se houver.
» Mantenha contato e acompanhamento regulares. » **SUI 2.4**

Autoagressão / Suicídio

Guia de Avaliação e Manejo

2. Há um risco iminente de autoagressão/ suicídio?

Pergunte à pessoa e seu acompanhante sobre
- » Pensamentos ou planos atuais de cometer suicídio ou de se autoagredir
- » História de pensamentos ou planos no mês passado de cometer suicídio ou de se autoagredir
- » Acesso a meios de se autoagredir

Investigue:
- » Grave desconforto emocional
- » Desesperança
- » Agitação extrema
- » Violência
- » Ausência de comunicação
- » Isolamento social

SIM

Se houver:
- » ideias ou planos atuais de cometer suicídio/autoagressão

  OU
- » história de ideias ou planos de autoagressão no último mês ou um ato de autoagressão no último ano em pessoa que agora está extremamente **agitada, violenta, perturbada ou incomunicativa.**

há um risco **iminente de autoagressão/suicídio**.

- » **Tome as seguintes precauções:**
  - Remova os meio de autoagressão
  - Crie um ambiente seguro e protetor; se possível, num quarto separado e tranquilo, enquanto espera.
  - Não deixe a pessoa só.
  - Supervisione e nomeie um membro da equipe ou da família para garantir a segurança.
  - Cuide do estado mental e do desconforto emocional.
- » Ofereça e ative apoio psicossocial. **» SUI 2.2**
- » Consulte um especialista em saúde mental, se houver.
- » Mantenha contato e acompanhamento regulares. **» SUI 2.4**

NÃO

Se não houver risco iminente de autoagressão/suicídio, **mas história de ideias ou planos de autoagressão no último mês ou um ato de autoagressão no último ano.**

- » Ofereça e ative apoio psicossocial. **» SUI 2.2**
- » Consulte um especialista em saúde mental, se houver.
- » Mantenha contato e acompanhamento regulares. **» SUI 2.4**

3. A pessoa tem algum outro transtorno mental, neurológico ou por uso de álcool ou outras drogas/ ou psicoativas? (Veja o Mapa Geral do MI-GAP)

- Depressão
- Transtorno por uso de álcool ou outra droga
- Transtorno bipolar
- Psicose
- Epilepsia
- Transtornos comportamentais

SIM

Se houver outras condições prioritárias concomitantes

Maneje as condições concomitantes (veja os módulos relevantes) ao mesmo tempo que executa as ações acima.

4. A pessoa tem dor crônica?

SIM

Se houver dor crônica

Maneje a dor e trate todas as doenças relevantes.

5. A pessoa tem sintomas emocionais graves a ponto de precisar de atendimento clínico?

- Dificuldade para desempenhar suas atividades rotineiras no trabalho, na escola ou em casa
- Desconforto acentuado ou busca repetida de ajuda
- Automedicação repetida do desconforto emocional ou sintomas somáticos inexplicados

SIM

Se SIM,
deve-se manejar clinicamente os demais sintomas

Veja o módulo sobre **Outras Queixas Emocionais Significativas** ou **Sem Explicação Médica. » OUT**

Autoagressão / Suicídio

Particularidades da Intervenção

Aconselhamento e Tratamento

2.1 Cuidados para com a pessoa que se autoagride

Coloque a pessoa num ambiente seguro e protegido do serviço de saúde (não a deixe sozinha). Se a pessoa que se autoagrediu precisar esperar pelo tratamento, coloque-a num ambiente com um mínimo de desconforto, se possível num quarto tranquilo e sob a supervisão de e contato regular com agente de saúde cujo nome ela saiba, ou com um membro da família, a fim de garantir sua segurança.

» Remova os meios de autoagressão.

» Consulte um especialista em saúde mental, se houver um disponível.

» Mobilize familiares, amigos e outras pessoas próximas ou recursos da comunidade para apoiar a pessoa durante a fase de risco iminente. **» SUI 2.2**

» Trate as pessoas que se autoagrediram com a mesma atenção, respeito e privacidade que as demais pessoas e fique atento ao desconforto emocional associado à autoagressão.

» Inclua o(s) cuidador(es), se a pessoa quiser seu apoio durante a avaliação e o o tratamento, embora a avaliação psicossocial em geral implique uma avaliação da qual participam apenas a pessoa e o agente de saúde, para que se possa explorar melhor certos problemas ou certas preocupações de natureza privada.

» Proporcione apoio emocional a familiares/cuidadores, caso precisem.

» Garanta a continuidade dos cuidados.

» Não se recomenda a internação em enfermarias não-psiquiátricas de hospitais gerais, com a finalidade de prevenir atos de autoagressão. Se for necessária a internação em hospital geral (não psiquiátrico) para o atendimento das consequências médicas de um ato de autoagressão, monitore bem de perto a pessoa a fim de evitar autoagressões subsequentes no hopital.

» **Ao prescrever medicamentos:**
- use medicamentos com os menores riscos, em caso de *overdose*.
- prescreva por num período curto de tempo apenas (p. ex. uma semana por vez).

2.2 Proporcione e ative apoio psicossocial

Proporcione apoio psicossocial

» Proporcione apoio à pessoa.

» Examine com ela razões e maneiras para continuar a viver.

» Focalize os pontos fortes da pessoa, levando-a a falar sobre como resolveu problemas anteriores.

» Pense em empregar terapia de resolução de problemas para tratar as pessoas que cometeram autos de autoagressão no ano passado, se houver recursos humanos suficientes disponíveis.**» INT**

Ative apoio psicossocial

» Mobilize familiares, amigos e outras pessoas próximas ou recursos da comunidade para garantir a monitoração do indivíduo enquanto persistir o risco.

» Aconselhe a pessoa e seus cuidadores a restringir o acesso aos meios de autoagressão (p. ex. pesticidas e outras substâncias tóxicas, medicamentos, armas de fogo) enquanto indivíduo tiver ideias, planos ou comportamentos autoagressivos.

» Utilize ao máximo o apoio social a partir dos recursos comunitários disponíveis. Estes incluem os recursos informais, tais como familiares, amigos, conhecidos e líderes religiosos, e os recursos formais, como centros intervenção em crises e centros de saúde mental locais, se estiverem disponíveis.

» Informe os cuidadores e outros familiares que peguntar sobre suicídio em geral reduz a ansiedade associada ao sentimento; a pessoa pode se sentir aliviada e mais compreendida.

» Cuidadores de pessoas com risco de autoagressão geralmente passam por um intenso estresse. Proporcione apoio emocional a esses cuidadores/familiares, caso necessitem.

» Informe os cuidadores que embora possam se sentir decepcionados com a pessoa, deve-se evitar demonstrar hostilidade em relação à pessoa em risco de autoagressão, ou criticá-la.

Autoagressão / Suicídio

Particularidades da Intervenção

Aconselhamento e Tratamento

2.3 Manejo da intoxicação por pesticidas

» Se a Unidade de Saúde tiver os recursos (humanos e materiais), trate de acordo com o manual da OMS sobre Manejo Clínico da Intoxicação aguda por pesticidas (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf).

Caso contrário, transfira imediatamente a pessoa para um serviço que tenha os seguintes recursos:

- conhecimentos e habilidades sobre reanimação e avaliação de aspectos clínicos da intoxicação por pesticidas.
- conhecimentos e habilidades sobre manejo de vias aéreas, mais particularmente entubação e assistência respiratória até que seja instalado um aparelho de respiração artificial (tipo Ambu).
- atropina e meios para sua administração intravenosa (IV) se surgirem sinais de intoxicação colinérgica.
- diazepam e meios para sua administração IV, se a pessoa desenvolver convulsões.

» Pense em usar carvão ativado, se a pessoa estiver consciente, concordar, e fizer menos de 1 hora desde que se intoxicou.

» Não provoque o vômito.

» Não dê nada para beber.

2.4 Mantenha contato e faça um seguimento regular

» Mantenha um contato regular (por telefone, visitas domiciliares, cartas ou cartão de contato), **mais frequentes no início** (ou seja, semanalmente, nos primeiros 2 meses) e menos frequentemente à medida em que a pessoa melhorar (1 vez a cada 2 a 4 semana). Pense em manter contatos mais frequentes ou prolongados, se necessário.

» Acompanhe a pessoa enquanto persistir o risco. Em cada retorno, avalie de rotina os pensamentos e os planos suicidas. De o risco for iminente, leia a subseção Risco Iminente de Autoagressão/Suicídio na seção Avaliação e manejo deste Módulo. **» SUI 1**

2.5 Prevenção do Suicídio

Além da avaliação e do manejo das condições prioritárias, os agentes de saúde do nível distrital e os trabalhadores da saúde podem desenvolver as seguintes ações para a prevenção do suicídio:

» **Restrinja o acesso aos meios de autoagressão (tais como pesticidas, armas de fogo, lugares altos e abertos).**

- Envolva ativamente a comunidade para encontrar meios locais viáveis para implementar intervenções populacionais para reduzir o acesso aos meios de suicídio.
- Estabeleça uma colaboração entre o setor da saúde e outros setores relevantes.

» **Desenvolva políticas para reduzir o consumo nocivo de álcool como um componente da prevenção do suicídio**, principalmente em populações com alta prevalência de uso de bebidas alcoólicas.

» **Encoraje e ajude os meios de comunicação a adotarem práticas responsáveis ao abordar o suicídio:**

- evitar um tom que sensacionalize ou banalize o suicídio ou o apresente como uma boa solução para resolver pro blemas.
- evitar fotos e descrições explícitas do método empregado.
- fornecer informações sobre onde buscar ajuda.

OUT

Outras Queixas Emocionais Significativas ou sem Explicação Médica

OUT

As pessoas na categoria "Outras queixas emocionais significativas ou sem explicação médica" do MI-GAP apresentam sintomas de ansiedade, de depressão ou sintomas somáticos sem explicação médica. Eles não têm nenhuma das outras condições cobertas neste manual (à exceção, talvez de autoagressão). As pessoas nesta categoria podem sofrer de um desconforto "normal" ou de algum outro transtorno mental não coberto pelo MI-GAP (p. ex., transtorno somatoforme, depressão leve, distimia, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, reação protraída ao estresse (transtorno de estresse pós-traumâtico), reação aguda ao estresse, transtorno de adaptação).

O manejo de "Outras queixas emocionais significativas ou sem explicação médica" por profissionais de saúde treinados com o MI-GAP exclui o uso de medicamentos psicotrópicos. Contudo, um conjunto de pessoas nesta categoria pode se beneficiar de medicamentos prescritos por um profissional qualificado especialmente treinado para identificar e tratar, com base em evidências, as condições não coberta nesta Manual de Intervenções.

- Este módulo não deve ser levado em conta para pessoas que preenchem os critérios para qualquer uma das condições prioritárias do MI-GAP (exceto para a condição autoagressão).
- Este módulo só deveria ser usado após excluir explicitamente a depressão moderada-grave (» **DEP**).

Outras Queixas Emocionais Significativas ou sem Explicação Médica

Guia de Avaliação e Manejo

1. A pessoa tem depressão moderada/ grave ou outra condição prioritária (exceto autoagressão)?

SIM

Se SIM

» Termine a avaliação e passe para o módulo relevante.

2. A pessoa tem uma condição física que explica plenamente a presença dos sintomas?

SIM

Se SIM

» Termine a avaliação.
» Inicie o tratamento médico relevante e acompanhe.

» Efetue um exame médico geral e realize os exames essenciais.

NÃO

Se NÃO

Em TODOS os casos:

» **NÃO** prescreva antidepressivos nem benzodiazepinas
» **NÃO** prescreva injeções nem tratamentos ineficazes (p. ex., vitaminas).
» Cuide dos estressores psicossociais atuais. **» DEP 2.2**
» Em adolescentes e em adultos:
  – Cuide da automedicação inadequada.
  – Reative as redes sociais. **» DEP 2.3**
  – Quando houver, pense num dos seguintes tratamentos: programa de atividade física controlada, **» DEP 2.4** ativação comportamental, treinamento de relaxamento, ou tratamento de resolução de problemas. **» INT**
» Acompanhamento. Se não houver melhora ou se a pessoa (ou seus pais) pedirem um tratamento mais intensivo, **CONSULTE UM ESPECIALISTA.**

Outras Queixas Emocionais Significativas ou sem Explicação Médica

OUT1

Guia de Avaliação e Manejo

3. Há sintomas somáticos importantes sem explicação médica?

SIM

Se SIM

Siga as recomendações acima (para todos os casos) mais:

- Evite exames/encaminhamentos desnecessários e não prescreva placebos.
- Reconheça que os sintomas não são "imaginários".
- Comunique os resultados dos exames dizendo que não se encontrou nenhuma doença grave, mas que é importante tratar os sintomas que incomodam.
- Peça à pessoa que explique os sintomas somáticos.
- Explique como as sensações corporais (dor de estômago, tensão muscular) podem estar relacionadas a certas emoções, e pergunte-lhe sobre possíveis vínculos entre suas sensações corporais e suas emoções.
- Estimule a manutenção de (ou o retorno gradual a) suas atividades normais.
- Aconselhe a pessoa a voltar para nova consulta se os sintomas piorarem.

4. A pessoa foi exposta recentemente a estressores extremos (perdas, eventos traumáticos)?

SIM

Se SIM

Siga as recomendações acima (para todos os casos) mais:

- Em caso de perdas: apoie o luto/ adaptação de acordo com a cultura local e reative redes sociais. » **DEP 2.3**
- Em case de estresse agudo após um evento traumático recente: proporcione apoio psicológico (primeiros socorros psicológicos), isto é, ouça sem pressionar a pessoa a falar; avalie as necessidades e as preocupações; assegure-se de que as necessidades físicas básicas estão cobertas; forneça ou mobilize apoio social e proteção contra danos adicionais .
- NÃO ofereça aprofundamento psicológico (*debriefing*, isto é, não incentive nem insista em pedir à pessoa para relatar percepções e reações emocionais vivenciadas durante um evento estressor recente).

5. Houve (1) ideias ou planos de suicídio/ autoagressão ou (2) atos de autoagressão durante o último ano?

SIM

Se SIM

- Maneje tanto as queixas emocionais significativas ou sem explicação médica quanto o risco de autoagressão. » **SUI 1**

INT

Intervenções Psicossociais Avançadas

Para a finalidade deste Manual, o termo “intervenção psicossocial avançada” designa uma intervenção que necessita de mais que algumas horas para que um trabalhador da saúde a aprenda, e mais que algumas horas para sua aplicação. Tais intervenções podem ser aplicadas em locais de cuidados básicos, não especializados de saúde, mas apenas quando os recursos humanos dispuserem do tempo suficiente.

Intervenções Psicossociais Avançadas

As intervenções descritas nesta seção cobrem intervenções tanto psicológicas como sociais que requerem a dedicação de um tempo considerável. Várias dessas intervenções são conhecidas como psicoterapias ou tratamentos psicológicos. Na maior parte do mundo, estes tratamentos tendem a ser prestados por especialistas especialmente treinados. Todavia, eles também podem ser prestados por trabalhadores de saúde não especializados sob supervisão. Estes tratamentos psicológicos geralmente são prestados semanalmente, ao longo de vários meses, numa base individual ou grupal.

Algumas dessas intervenções, como a terapia cognitivo-comportamental ou a psicoterapia interpessoal têm sido aplicadas com sucesso, em países de baixa renda, por trabalhadores de saúde comunitária, como parte de programas de pesquisa que garantiam que esses trabalhadores dispunham do tempo necessário para aprender e para aplicar essas intervenções, sob supervisão. Estes exemplos demonstram que essas intervenções podem ser disponibilizadas por recursos humanos não especializados, o que abre a possibilidade de sua disseminação em grande escala.

Essa ampla disseminação requer investimentos. Os gestores do serviços de saúde deveriam alocar recursos humanos suficientes para os cuidados de transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas a fim de assegurar a ampla disponibilidade das intervenções incuídas nesta seção.

O restante desta seção fornece descrições sumárias de cada uma dessas intervenções. Em cada um dos demais módulos, estas intervenções estão marcadas pela abreviatura, **» INT** que indica que elas requerem um uso relativamente mais intensivo de recursos humanos. É necessário desenvolver tanto protocolos como manuais de treinamento específicos para a implementação dessas intervenções em locais de cuidados de saúde não especializados

Ativação comportamental

A ativação comportamental, que é também um componente da terapia cognitivo-comportamental para a depressão, é um tratamento psicológico que se concentra numa reestruturação das atividades a fim de encorajar a pessoa a deixar de evitar atividades que são gratificantes. Este Manual a recomenda como uma opção terapêutica para a depressão (incluindo a depressão bipolar) e outras queixas emocionais ou sem explicação médica significativas.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) se baseia na ideia de que os sentimentos são afetados pelo pensamento e pelo comportamento. As pessoas com transtornos mentais tendem a ter pensamentos distorcidos, desvinculados da realidade. A TCC tipicamente tem um componente cognitivo (ajudar a pessoa a desenvolver a habilidade para identificar e questionar pensamentos negativos desvinculados da realidade) e um componente comportamental. A TCC varia conforme o problema de saúde mental. Este Manual a recomenda como uma opção terapêutica para a depressão (incluindo a depressão bipolar), transtornos comportamentais, transtornos por uso de álcool ou transtornos por uso de drogas, e também a recomenda como uma opção terapêutica para a psicose, logo após a fase aguda.

Terapia de análise de contingências

A terapia de análise de contingências é um método estruturado de recompensar certos comportamentos desejados, tais como comparecer às consultas, seguir o tratamento proposto e evitar o uso de substâncias nocivas. As recompensas pelos comportamentos desejados são reduzidas com o passar do tempo, na medida em que as recompensas naturais se estabelecem. Este Manual o recomenda como terapia para pessoas com transtornos por uso de álcool ou transtornos por uso de drogas.

Aconselhamento ou terapia familiar

O aconselhamento ou terapia familiar deveria incluir o paciente, se possível. Implica várias sessões planejadas (em geral, mais de seis) ao longo de alguns meses. Pode ser aplicada a uma família apenas ou a grupos de famílias, e tem funções terapêuticas ou de apoio. Em geral, inclui um trabalho de resolução de problemas e de manejo de crises. Este Manual o recomenda como uma terapia para pessoas com psicose, transtornos por uso de álcool ou transtornos por uso de drogas.

Terapia interpessoal (TIP)

A terapia interpessoal (TIP) é um tratamento psicológico destinado a ajudar uma pessoa a identificar e cuidar de problemas no seu relacionamento com familiares, amigos, parceiros e outras pessoas. Este Manual o recomenda como uma opção terapêutica para a depressão, inclusive a depressão bipolar.

Terapia de incremento motivacional

A terapia de incremento motivacional é uma terapia estruturada que dura quatro sessões ou menos destinada a ajudar pessoas dependentes de álcool ou de outras drogas. Basicamente, é uma abordagem para motivar uma mudança através de técnicas de entrevista motivacional, descritas na seção sobre intervenções breves. **» ALC 2.2** Este Manual o recomenda como uma terapia para pessoas com transtorno por uso de álcool ou transtornos por uso de drogas.

Intervenções Psicossociais Avançadas

Treinamento em habilidades para pais de crianças e adolescentes com transtornos comportamentais

O treinamento em habilidades para pais de crianças e adolescentes com transtornos comportamentais é um treinamento focalizado em interações e comunicação emocional entre pais e filhos, que ensina a importância da consistência dos pais, desestimula punições muito severas e requer a prática de novas habilidades com os filhos durante o treinamento. Embora seu conteúdo deva ser adequado à cultura local, não deve permitir a violação dos direitos humanos básicos da criança, de acordo com princípios aceitos internacionalmente. Treinar os pais implica o treinamento prévio dos trabalhadores da saúde.

Treinamento em habilidades para pais de crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento

O treinamento em habilidades para pais de crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento implica usar um material de treinamento adequado à cultura local relevante para melhorar o desenvolvimento, o funcionamento e a participação da criança na vida familiar e comunitária. Utiliza técnicas que ensinam habilidades sociais, de comunicação e comportamentais específicas que empregam princípios comportamentais (p. ex., ensinar novos comportamentos através de sua recompensa, ou abordar comportamentos problemáticos, analisando cuidadosamente os desencadeantes desses comportamentos) a fim de modificar fatores ambientais tributários. Os pais precisam ser apoiados durante a aplicação do treinamento. Os pais de crianças com certos graus de deficiência intelectual e problemas comportamentais específicos precisam desenvolver habilidades adicionais adaptadas às necessidades de seus filhos. Os trabalhadores de saúde precisam de um treinamento adicional para poder treinar os pais.

Aconselhamento ou terapia de resolução de problemas

O aconselhamento ou terapia de resolução de problemas é um tratamento psicológico que oferece um apoio direto e prático. O terapeuta e o paciente trabalham juntos para identificar e isolar áreas problemáticas chave que podem estar contribuindo para os problemas de saúde mental daquele paciente, para decompô-las em tarefas específicas e manejáveis, resolvê-las e desenvolver estratégias de enfrentamento de problemas particulares. Este Manual o recomenda como uma opção terapêutica adjunta para a depressão (inclusive a depressão bipolar) e como uma opção terapêutica para transtornos por uso de álcool ou transtornos por uso de drogas. Também é recomendado para autoagressão e para outra queixas emocionais ou sem explicação médica significativas, ou pais de crianças e adolescentes com transtornos comportamentais.

Relaxamento

Esta intervenção é um treinamento em técnicas como exercícios respiratórios e relaxamento progressivo a fim de obter a resposta de relaxamento. O relaxamento progressivo ensina como identificar e relaxar grupos musculares específicos. O tratamento habitualmente consiste em execícios diários de relaxamento durante 1-2 meses, no mínimo. Este Manual o recomenda como uma opção terapêutica adjunta para a depressão (inclusive a depressão bipolar) e como uma opção terapêutica para outra queixas emocionais ou sem explicação médica significativas.

Terapia de habilidades sociais

A terapia de habilidades sociais ajuda a reconstruir habilidades e estratégias de de enfrentamento em situações sociais a fim de reduzir o desconforto na vida diária. Usa *role-playing*, tarefas sociais, encorajamento e reforçamento social positivo para ajudar a melhorar a habilidade de comunicação e de interação social. O treinamento de habilidades pode ser feito individualmente, com famílias e com grupos. O tratamento habitualmente consiste em sessões de 45 a 90 minutos, uma ou duas vezes por semana, por um período inicial de 3 meses, e uma vez por mês, daí em diante. Este Manual o recomenda como uma opção terapêutica para pessoas com psicose ou transtornos comportamentais.