

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina



Protocolos

da Rede de

Atenção Psicossocial

de Santa Catarina

2016



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO – GOVERNADOR

EDUARDO PINHO MOREIRA – VICE- GOVERNADOR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

JOÃO PAULO KLEINUBING – SECRETÁRIO

MURILLO RONALD CAPELLA – SECRETÁRIO ADJUNTO

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

LEANDRO ADRIANO DE BARROS – SUPERINTENDENTE

SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

LÚCIA REGINA G. M. SCHULTZ – SUPERINTENDENTE

Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina – versão 2016

Os textos componentes do livro resultam de mobilização inicialmente motivada por projeto do QualiSUS-Rede implementado em Santa Catarina, em 2014.

Estiveram em consulta pública na rede mundial de computadores antes de receberem a versão atual.

Sua discussão foi aprofundada em eventos presenciais com profissionais da saúde. Representa o início de um trabalho em perpétuo andamento, devendo ser atualizado e aprimorado ao longo dos anos.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, para uso visando sistemas públicos de saúde, atividades sanitárias e trabalhos acadêmicos, desde que citada a fonte:

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina**. (Org.: Serrano, A.I.). ISBN 978-85-62522-13-0. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2016.

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina

Florianópolis
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
2016

A 1ª. versão, impressa em papel, tornou-se pública em 2015 e serviu para discussões e aprimoramento dos protocolos ora propostos.
Foram utilizadas gravuras de domínio público.
O acesso à versão de 2016 dá-se pelo endereço eletrônico < <http://portalses.saude.sc.gov.br> >, página oficial da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

S231p Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde.
Superintendência de Planejamento e Gestão.
Superintendência de Regulação e Serviços Especiais.

Protocolos da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina / Secretaria de Estado da Saúde; organizado por Alan Índio Serrano. – Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

470 p.: il. color.

ISBN 978-85-62522-13-0

1. Saúde Mental. 2. Administração e Planejamento em Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Protocolos. 5. Guias de Práticas Clínicas como Assunto. I. Secretaria de Estado de Santa Catarina. II. Serrano, Alan Índio. III. Título.

CDU: 616.89(816.4)

Ficha Catalográfica elaborada por Juan Carlos Debali – CRB 14/1506

Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina

Organização:

Prof. Alan Indio Serrano (médico, especialista em Psiquiatria, Mestre em Psicologia, Doutor em Ciências Humanas, Habilitado em Saúde Pública).

Consultores:

Grupo Consultores do QualiSUS-Rede Região Metropolitana de Florianópolis:

Prof. Mário Aurélio Aguiar Teixeira (médico, Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica), Profa. Stella Maris Brum Lopes (fonoaudióloga, Doutora em Saúde Pública), Profa. Noêmia Liege M. da Cunha Bernardo (farmacêutica, Mestre em Farmácia), Profa. Marina Menezes (psicóloga, Doutora em Psicologia), Profa. Elisete Navas Sanches Próspero (enfermeira, Doutora em Enfermagem), Profa. Rosalie Kupka Knoll (médica, Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho), Prof. Jair Abdon Ferracioli (psicólogo, Mestre em Psicologia), Profa. Juliana Vieira Sandri (enfermeira, Doutora em Enfermagem), Profa. Maria Tereza Leopardi (enfermeira, Doutora em Ciência da Enfermagem), Prof. Plínio Augusto Freitas Silveira (médico, especialista em Pediatria e Puericultura), Prof. Marco Aurélio Da Ros (médico, Doutor em Educação), Profa. Mara Cristina Binz (médica, Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho), Prof. Guilherme Mello Vieira (médico, especialista em Psiquiatria).

Participantes pelo SUS (Prefeituras Municipais, SES/SC e outros órgão públicos):

Evelyn Cremonese (médica, especialista em Psiquiatria), Sonia A. Leitão Saraiva (médica, especialista em Psiquiatria e em Gestão em Saúde), Maria Cecília Rodrigues Heckrath (enfermeira), Rosilene Brasil Alves (psicóloga, especialista em Saúde Coletiva), Jorge Ernesto S. Zepeda (médico, especialista em Medicina de Família e Comunidade e Mestre em Saúde Pública), Daiane S. Rotava (médica, especialista em Medicina de Família e Comunidade), Carmem Regina Delziovo (enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva), Terezinha Giordani Serrano (administradora, especialista em Administração Hospitalar e Mestre em Saúde Pública), Fernando Balvedi Damas (médico, especialista em Psiquiatria e Mestre em Saúde Pública), Ramon Tartari (médico internista especialista em Ginecologia e Obstetrícia), Profa. Anna Paula G. Macarini (médica, especialista em Psiquiatria), Lia Quaresma Coimbra (farmacêutica, especialista em Saúde Pública), Jaqueline Reginatto (fisioterapeuta, especialista em Saúde Pública), Paulo de Tarso Freitas (médico, especialista em endocrinologia), Prof. Biازه Manger Knoll (médico, especialista em Geriatria e Mestre em Saúde Pública), Janaíne Rossoni (médica obstetra), Prof. Tadeu Lemos (médico, especialista em Dependências Químicas, Doutor em Neurociências).

Apoio técnico complementar:

Coordenação de Saúde Mental / GEABS / SUG / SES-SC
Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina
Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT)
Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgências e Emergências de Santa Catarina
Comissão Médica Estadual de Regulação / GECOR / SUR / SES-SC
Rua Esteves Júnior, nº 390 – 5º andar - 88015-530 – Florianópolis/SC
Telefone: (48) 3664 7234
Endereço eletrônico: <redepsi@saude.sc.gov.br>.

SUMÁRIO

Organização de Protocolos em Saúde Mental e Meta de Qualidade no SUS	7
Demências (exceto as de Alzheimer)	11
Demência no mal de Alzheimer	23
Estados confusionais agudos (delirium)	32
Transtornos por substâncias psicoativas: protocolo de acolhimento	44
Transtornos mentais e de comportamento por derivados da coca	62
Abordagem de transtornos por crack e cocaína em gestantes e bebês	78
Abuso de alucinógenos	87
Abuso e dependência de anfetaminas	94
Abuso e dependência de derivados do ópio	99
Abuso e dependência de sedativos e hipnóticos	106
Abuso e dependência de solventes voláteis (inalantes)	112
Tabagismo (dependência de nicotina)	120
Quadros psicóticos agudos e transitórios	129
Esquizofrenias	136
Transtorno esquizoafetivo	165
Transtornos invasivos ou globais do desenvolvimento (incluindo autismo)	191
Síndromes tóxicas por neurolépticos	222
Síndromes depressivas: protocolo de acolhimento	242
Transtornos depressivos	249
Transtornos afetivos bipolares: protocolo de acolhimento	262
Bipolaridade	270
Intoxicação por lítio	291
Risco de suicídio	296
Transtorno de ansiedade generalizada	303
Transtorno de pânico	315
Transtornos dissociativos, conversivos e somatoformes	328
Transtorno de estresse pós-traumático	338
Personalidades desviantes	349
Transtornos do desenvolvimento psíquico infantil	362
Transtornos hipercinéticos e déficit de atenção	380
Bombeiros e outros socorristas em urgências de saúde mental	401
Urgências e emergências psiquiátricas no SAMU, em prontos-socorros e CAPS	412
Emergências por envenenamentos com sintomas psíquicos	432
Síndrome anticolinérgica por intoxicação	445
Síndrome narcótica por intoxicação	450
Síndrome simpaticomimética por intoxicação	454
Atendimentos passíveis de complicações éticas, judiciais e previdenciárias em saúde mental	459

Organização de Protocolos em Saúde Mental e Meta de Qualidade no SUS

Alan Indio Serrano,
Rosalie Kupka Knoll,
Terezinha Regina Giordani Serrano
e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

Os protocolos clínicos e de acolhimento são propostas de rotinas para os cuidados e a gestão de um determinado serviço, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, visando orientar condutas e procedimentos dos profissionais de saúde. Há outras orientações gerais, prévias aos protocolos, que podem auxiliar as equipes de saúde no contexto do sistema público. Por exemplo, os temas psicossociais na atenção primária brasileira recebem orientações fundamentais em documentos do Ministério da Saúde, como o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental¹ e os Cadernos de Atenção Básica nº 34, com o título de Saúde Mental². O trabalho em equipe multiprofissional é um dos pilares da concepção contemporânea de atendimento em saúde mental. O sistema, ainda incipiente, em especial quanto a serviços voltados à infância e à adolescência³, é impelido à busca de crescimento e qualidade.

A questão dos protocolos no Sistema Único de Saúde (SUS) está intimamente ligada aos conceitos de eficiência (incluindo a relação custo-benefício), de qualidade e de medicina baseada em evidências⁴ (alargado para o conceito de saúde baseada em evidências). Isto ocorre num contexto social contraditório, em que o otimismo exagerado sobre os benefícios da tecnologia em saúde convive com uma prudência – e até um desânimo. Esta contradição decorre do fato de as demandas de assistência tornarem-se quase infinitas, eventualmente até supérfluas, exigindo milagres e pedindo a disseminação do último grito dos cientistas na mídia. Contudo, num mundo de recursos finitos, os custos mostram-se paulatinamente mais elevados e irracionais⁵.

Os protocolos precisam ser pensados num contexto de ampliação das tecnologias incorporadas ao sistema, de apoio matricial à atenção primária, de integração em rede, e de tendências, na sociedade, de judicialização das demandas.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. (Org.: Dulce Helena Chiaverini). Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

² BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>.

³ BERNARDI, Aline Batista; KANAN, Lilia Aparecida. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1105-1116, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401105&lng=en&nrm=iso>.

⁴ A medicina baseada em evidências é o uso consciente e judicioso da melhor evidência atual advinda das pesquisas sobre atenção clínica, na gestão do cuidado de indivíduos (vide: SACKETT, D.L.; ROSENBERG, W.M.C.; GRAY, J.A.; HAYNES, R.B.; RICHARDSON, W.S. **BMJ**. 199, 5; 312:71-2).

⁵ A questão já se colocava no fim dos anos 70, e vem ganhando paulatina relevância, agora agravada pela judicialização das demandas em saúde. Vide a observação profética de Thomas, já no final dos anos 70: há, ao interno da medicina, correndo por baixo do pessimismo e do desencorajamento derivados do desânimo do sistema de saúde, e de seu custo estupendo, uma corrente otimista quase escandalosa, a respeito do que poderá surgir para o tratamento das doenças humanas, caso possamos continuar nosso aprendizado (THOMAS, L. *The Medusa and the Snail. More Notes of a Biology Watcher*. New York: Viking Press; 1979, apud EBM NOTEBOOK. Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. **Evidence-Based Medicine**, November/December, 1996. Disponível em: <<http://ebm.bmj.com/content/1/7/196.full.pdf>>).

Algumas pessoas, especialmente na área médica, imaginam que protocolos e diretrizes terapêuticas engessam e reduzem a liberdade do prescritor. Isto não se confirma na realidade, se fizermos uma avaliação histórica. Na psiquiatria pública os tratamentos, por décadas, antes de aparecerem os primeiros protocolos do SUS, foram restringidos a uma pequena lista de medicamentos essenciais preconizada pela Organização Mundial da Saúde. Os debates sobre protocolos foram incorporando tecnologias farmacológicas, progressivamente. Hoje as escolhas de medicamentos para tratar esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e mal de Alzheimer, por exemplo, são amplas e variadas, alargando paulatinamente campo dos componentes farmacêuticos especializados. Um novo protocolo aprovado é sempre um primeiro passo na melhora da qualidade do tratamento. E é uma porta para que o tratamento público venha a ser atualizado no futuro.

Apesar das controvérsias que medram no campo, em todo o mundo⁶, a medicina baseada em evidências há uma década vem ganhando uma presença cada vez mais poderosa na literatura clínica, nos planos para o aprimoramento da educação profissional, no gerenciamento dos cuidados de saúde, e na formulação de políticas sanitárias. O método de busca das evidências, baseando-se no clássico livro de Archie Cochrane⁷, pode ser aplicado à construção de protocolos, na forma em que Sackett⁸, Strauss⁹ e outros teóricos da pesquisa de evidências têm ensinado:

- (a) converter necessidades de informação em perguntas respondíveis;
- (b) procurar, com a máxima eficiência, as melhores evidências com que respondê-las;
- (c) criticamente graduar as evidências segundo sua validade e utilidade (aplicabilidade clínica);
- (d) integrar esta graduação com o conhecimento clínico abalizado, fazendo aplicações à prática;
- (e) avaliar o desempenho obtido.

As evidências científicas, contudo, só são bem aceitas pelo profissional da saúde quando vêm em forma de apoio para efetivar uma tomada de decisão¹⁰. A forma, pois, de redigir um protocolo, implica em dar-lhe um texto capaz de ser entendido e aceito como auxílio e orientação. Além disso, o protocolo precisa ser simples. Deve estar à mão de quem pode dele se beneficiar, estando disponível para ser acessado com velocidade adequada. Daí a necessidade de ele estar presente nos locais de trabalho (impresso ou em computadores), ou ser disponibilizado aos profissionais pela internet.

Os protocolos ingleses, preparados detalhadamente pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), ligado ao Sistema Nacional de Saúde da Grã-Bretanha (NHS), têm a forma de ferramentas *on line* interativas. Seus textos, contudo, são geralmente volumosos, na forma de verdadeiros livros. Ao brasileiro seria interessante contar com um modelo mais direto, resumido e breve, que estimulasse a leitura rápida e o uso no cotidiano do atendimento.

⁶ TANNENBAUM, Sandra J. Evidence-Based Practice As Mental Health Policy: Three Controversies and a Caveat. **Health Affairs**. January 2005 vol. 24 no. 1 163-173. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/24/1/163.full>>.

⁷ COCHRANE, Archie. **Effectiveness and Efficiency**: Random Reflections on Health Services. Nuffield: Rock Carling Fellowship, 1972. Disponível em: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/Effectiveness_and_Efficiency.pdf>.

⁸ SACKETT, David L. Evidence-based medicine. **Seminars in Perinatology**. Volume 21, Issue 1, February 1997, Pages 3–5. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0146-0005\(97\)80013-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0146-0005(97)80013-4)>.

⁹ STRAUS, Sharon E. et al. *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2005.

¹⁰ BATES, David W. et al. Ten Commandments for Effective Clinical Decision Support: Making the Practice of Evidence-based Medicine a Reality. **J Am Med Inform Assoc** 2003;10:523-530. Disponível em: <<http://jamia.bmjournals.com/content/10/6/523.full>>.

As províncias do Canadá¹¹ têm desenvolvido linhas guias que são bons exemplos de como um sistema organizado pode gerir processos de trabalho médico. A agência nacional de Saúde Pública daquele país desenvolveu uma revisão das melhores práticas da reforma da saúde mental¹². Há, porém, protocolos interessantes, incentivados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em vários países, desde a África do Sul¹³ até os países mais ricos da Europa¹⁴, que abordam o trabalho do médico, da enfermagem e de vários outros profissionais da saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza, aos seus países membros, recopilar evidências para realizar estratégias efetivas em saúde mental. Ela tem incentivado o desenvolvimento de sistemas de saúde organizados com protocolos de boas práticas e diretrizes clínicas, levando em conta aspectos regionais e nacionais. Através de seu Conjunto de Guias, voltado à política, aos planos e aos programas de saúde mental, visa ajudar os planejadores e os gestores a “usar os recursos existentes para obter os maiores benefícios possíveis” e a “integrar as pessoas com transtornos mentais na comunidade, melhorando sua qualidade de vida”¹⁵. No mesmo documento preconiza a investigação e a avaliação das políticas e dos serviços. O Programa de Ação Mundial para Superar as Brechas na Saúde Mental, da OMS, lançou o Guia de Intervenção¹⁶, um protocolo bem elementar, voltado à atenção primária. No Brasil a exigência sobre a atenção primária, atualmente, é maior do que o esperado em países subdesenvolvidos. Daí a necessidade de termos guias mais aprofundados e tecnicamente mais elaborados do que a mera tradução do Guia de Intervenção da OMS.

Chamam-se “linhas guias” (*guidelines*) e diretrizes de prática clínica (guias) os documentos de característica essencialmente orientadora, resumindo a melhor evidência disponível no momento, sobre a efetividade das intervenções de saúde usadas no manejo de uma situação. Tais documentos podem ser a base para a confecção de uma diretriz (ou guia) de atenção. O principal método das guias são as revisões sistemáticas, realizadas em literatura de qualidade comprovada.

Chama-se “guia ou diretriz de atenção” o instrumento que contém os delineamentos técnicos para a atenção, orientando os recursos humanos dos serviços, aplicando-se aos usuários com determinado problema de saúde. Elas têm um

¹¹ BRITISH COLUMBIA. Ministry of Health. **BCGuidelines. Mental Health**. Disponível em: <http://www.bcguidelines.ca/submenu_mental.html>.

¹² CANADÁ. Public Health Agency of Canada. Review of Best Practices in Mental Health Reform. ISBN 0-662-26947-0. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pubs/bp_review/index-eng.php>. **Veja-se também:** CANADÁ. Health Systems Research Unit. Clarke Institute of Psychiatry. Best Practices in Mental Health Reform: Discussion Paper. **Disponível em:** <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/best_practices.pdf>

¹³ KZN Provincial Directorate for Mental Health. **KZN Treatment Protocols for Mental Disorders**. Disponível em: <<http://www.kznhealth.gov.za/townhill/protocol.pdf>>.

¹⁴ WHO. Mental Health: **Facing the Challenges, Building Solutions**. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2005. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=UZWA1jqNg_kC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>.

KNAPP, Martin; McDAID, David; MOSSIALOS, Elias; THORNICROFT, Graham. **Salud mental en Europa. Políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental**. Barcelona: World Health Organization 2007 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.

¹⁵ OMS. **Conjunto de Guias sobre Servicios y Políticas de Salud Mental**: política, planes y programas de Salud Mental. Ginebra: OMS, 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/8495076799_spa.pdf>.

¹⁶ OMS. **Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada**. Ginebra: OMS, s/d. Disponível em: <http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/13900/mod_resource/content/1/GI-mhGAP_Espanol.pdf>.

enfoque de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Definem a sequência e o cuidado ministrado ao proporcionar a atenção. Baseiam-se na metodologia de gestão de processos. Visam garantir a qualidade das intervenções.

Os “protocolos” são instrumentos de aplicação e de orientação, eminentemente práticos, que podem, ou não, apresentar todos os conteúdos de uma diretriz de prática clínica, ou de uma diretriz de atenção. Em nosso caso, os protocolos visam compreender parte de tais conteúdos, em uma linguagem direta, clara e resumida, sem ser meramente esquemática.

Os protocolos deverão, portanto, especificar os objetivos de intervenção em cada fase, conjugando a saúde baseada em evidências com as dimensões da qualidade da atenção, sem substituir o juízo clínico do profissional. Deverão facilitar a coordenação e o fluxo de informações entre níveis e entre diferentes modalidades de serviços, detalhando as atividades e otimizando sequências de ações a realizar, numa perspectiva multidisciplinar. Deverão ser pensados para servirem em diferentes conjunturas: diante das expectativas de um usuário em situação corriqueira, nos momentos de crise e de urgência, em diferentes cenários de atendimento, em diferentes modalidades de pontos de atenção.

De modo genérico, os objetivos da criação de protocolos, diretrizes clínicas e guias de atenção incluem:

- (a) a homologação do processo de atenção, melhorando a eficiência;
- (b) a tomada de decisões, com base em evidências científicas, e a definição das responsabilidades de cada um dos membros da equipe de saúde, nos diversos níveis de atenção e nos diversos pontos;
- (c) o fortalecimento da equidade mediante a utilização de recursos de forma eficaz e eficiente;
- (d) a sistematização do trabalho, gerando informações e indicadores, úteis na avaliação.

O método utilizado para a confecção de cada protocolo, implicou as seguintes fases:

- (I) recorte do objeto levando em conta vários diferentes cenários na Rede de Atenção Psicossocial do SUS;
- (II) pesquisa bibliográfica (em revisões sistemáticas, com análise crítica das evidências científicas);
- (III) desenho inicial do processo de atenção visado;
- (IV) processo de prova com apresentação do desenho a diferentes atores do processo, incluindo discussão e levantamento de críticas;
- (V) redação do documento preliminar;
- (VI) revisão preliminar;
- (VII) testes sumários para validação;
- (VIII) colocação do documento em consulta pública na página eletrônica da SES/SC, com posterior análise das contribuições recebidas em mensagens eletrônica;
- (IX) formatação final, revisão e divulgação.

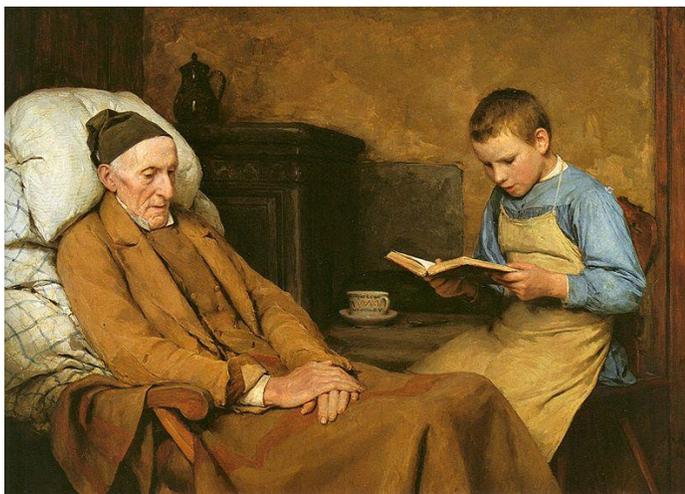
Os protocolos devem ser documentos dinâmicos e mutáveis ao longo dos anos. Em todo o mundo, num primeiro momento eles enfrentam as dificuldades de publicização e as resistências normais às novidades, pois podem alterar processos de trabalho.

Cabe aos profissionais de saúde e aos gestores se envolverem nas discussões sobre as formas de implantação dos protocolos, seus meios de divulgação e seus meios de atualização.

Demências

(exceto as de Alzheimer)

Protocolo Clínico



Devoção ao avô, por Albert Anker, 1893.

Biaze Manger Knoll,
Alan Índio Serrano
Guilherme Mello Vieira

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

A palavra demência traduz uma síndrome, geralmente crônica e progressiva, devida a uma patologia encefálica, na qual se verificam diversas deficiências das funções corticais superiores, de caráter adquirido¹⁷. As deficiências atingem memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender, linguagem e julgamento. Há, pois, uma queda da inteligência. A consciência não é afetada e as deficiências cognitivas são acompanhadas e ocasionalmente, precedidas por perdas, em graus variados, do controle emocional, da conduta social e da motivação¹⁸.

Em função do envelhecimento da população, a prevalência das demências tende a crescer, demandando planejamento por parte dos governos, para o futuro, segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde¹⁹. Cerca de metade dos casos de demência decorrem do mal de Alzheimer. A outra metade decorre das demências frontotemporais (como a de Pick), vasculares e mistas, com uma participação menor das demências por corpos de Lewy, das demências por Parkinson, das demências córtico basais, e de outras.

¹⁷ INSS. **Protocolo de procedimentos médico-periciais nº. 5.1**. Rio de Janeiro: INSS, 2009. Disponível em: <http://www.cpsol.com.br/upload/arquivo_download/1872/Manual%20Pericia%20Medica%20da%20Previdencia%20Social.pdf>.

¹⁸ BERTOLOTE, J. M. (Org.) – **Glossário de Termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus Derivados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

¹⁹ WIMO, A.; PRINCE, M. J. (2010). **World Alzheimer Report 2010: the global economic impact of dementia**. Londres: Alzheimer's Disease International. Disponível em: <<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>>

Demências podem estar associadas a inúmeros fatores, que atingem primária ou secundariamente o cérebro. Entre eles contam-se a epilepsia, o alcoolismo, a degeneração hepatolenticular, o hipotireoidismo adquirido, o lupus eritematoso sistêmico, a tripanossomíase, intoxicações, as doenças pelo HIV, a doença de Huntington, a doença de Parkinson, a ocorrência de infartos múltiplos e outras doenças vasculares cerebrais isquêmicas, e as contusões cerebrais repetidas como as sofridas pelos boxeadores.

A demência frontotemporal (doença de Pick) manifesta-se principalmente no período pré-senil, entre 45 e 65 anos de idade, ocorrendo na mesma proporção em homens e mulheres. A história familiar de demência é observada em metade dos casos, sugerindo importante papel de fatores genéticos no desenvolvimento da demência. Caracteriza-se por significativa alteração da personalidade e do comportamento, com relativa preservação das funções cognitivas, da praxia e da gnosia, com desinibição patológica, impulsividade, comportamentos estereotipados, pouco sociais e até, eventualmente, antissociais. Como a memória se encontra preservada no início da doença, o exame desta função é importante para o diagnóstico sindrômico²⁰. As habilidades visuoespaciais também se encontram intactas. A linguagem, por sua vez, é progressivamente afetada, podendo ocorrer dificuldades na compreensão e na expressão verbal, com redução da fluência ou até com paulatino mutismo.

O tratamento do mal de Alzheimer, pelo Sistema Único de Saúde, está regulamentado pela Portaria SAS/MS nº 1.298 - 21/11/2013 do Ministério da Saúde, que estabelece protocolo próprio para esta doença²¹ (vide no próximo protocolo). Há uma avaliação da Organização Mundial da Saúde sobre a abordagem deste mal no âmbito da saúde pública, alertando os governos para a importância de se preocupar com o crescimento da prevalência da doença nas próximas décadas²². Um crescimento dos outros tipos de demência também vem ocorrendo no Brasil e no mundo.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F10.6 Síndrome amnésica (transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool)

Síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios. Inclui a psicose ou síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por outra substância psicoativa ou não especificada.

F01 Demência vascular

²⁰ TEIXEIRA-JR, Antônio Lúcio; SALGADO, João Vinícius. Demência fronto-temporal: aspectos clínicos e terapêuticos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100009&lng=en&nrm=iso>.

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: doença de Alzheimer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/ANEXO/anexo_prt1298_21_11_2013.pdf>.

Vide também: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_d09_00.htm>.

²² OMS. **Dementia**: a public health priority. Genebra: Organização Mundial da Saúde; Alzheimer's Disease International, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/>.

A demência vascular é o resultado do infarto cerebral devido à doença vascular, inclusive a doença cerebrovascular hipertensiva. Os infartos são usualmente pequenos mas cumulativos em seus efeitos. O seu início se dá em geral na idade avançada. Inclui a demência arteriosclerótica.

F01.0 Demência vascular de início agudo

Desenvolve-se usual e rapidamente em seguida a uma sucessão de acidentes vasculares cerebrais por trombose, embolia ou hemorragia. Em casos raros, a causa pode ser um infarto único e extenso.

F01.1 Demência por infartos múltiplos

Demência vascular de início gradual, que se segue a numerosos episódios isquêmicos transitórios que produzem um acúmulo de infartos no parênquima cerebral.

Demência predominantemente cortical

F01.2 Demência vascular subcortical

Demência vascular que ocorre no contexto de antecedentes de hipertensão arterial e focos de destruição isquêmica na substância branca profunda dos hemisférios cerebrais. O córtex cerebral está usualmente preservado, fato este que contrasta com o quadro clínico que pode se assemelhar de perto à demência da doença de Alzheimer.

F01.3 Demência vascular mista, cortical e subcortical

F01.8 Outra demência vascular

F01.9 Demência vascular não especificada

F02* Demência em outras doenças classificadas em outra parte

Casos de demência devida a, ou presumivelmente devida a, outras causas que não a doença de Alzheimer ou doença cerebrovascular. O início pode ocorrer em qualquer época na vida, embora raramente na idade avançada.

F02.0* Demência da doença de Pick (G31.0†) (frontotemporal)

Demência progressiva, com início na meia idade, caracterizada por alterações do caráter precoces de curso lentamente progressivo e de deterioração social, seguindo-se prejuízo das funções intelectuais, da memória e da linguagem, acompanhadas de apatia, euforia e, ocasionalmente, de sintomas extrapiramidais.

F02.1* Demência na doença de Creutzfeldt-Jakob (A81.0†)

Demência de evolução progressiva, com extensos sinais neurológicos, decorrentes de alterações neuropatológicas específicas presumivelmente causadas por um agente transmissível. O início se dá na idade madura ou posteriormente, mas pode ocorrer em qualquer fase da idade adulta. O curso é subagudo, conduzindo à morte em um ou dois anos.

F02.2* Demência na doença de Huntington (G10†)

Demência que ocorre como parte de uma degeneração cerebral difusa. O transtorno é transmitido por um único gene autossômico dominante. Os sintomas surgem tipicamente na terceira e quarta décadas. A progressão é lenta, conduzido à morte usualmente em 10 a 15 anos. Inclui a demência na coreia de Huntington

F02.3* Demência na doença de Parkinson (G20†)

Demência que se desenvolve no curso de doença de Parkinson estabelecida. Não se demonstraram ainda quaisquer características clínicas distintas particulares. Inclui a demência na paralisia agitante e no parkinsonismo.

F02.4* Demência na doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] (B22.0†)

Demência que se desenvolve no curso da doença pelo HIV, na ausência de qualquer outra doença ou infecção concomitante que pudesse explicar a presença das características clínicas.

F02.8* Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte

Demência ligada a:

- deficiência de niacina [pelagra] (E52†)
- deficiência de vitamina (E53.8†)
- degeneração hepatolenticular (E83.0†)
- epilepsia (G40.-†)
- esclerose múltipla (G35†)
- hipercalcemia (E83.5†)
- hipotireoidismo adquirido (E01.-†, E03.-†)

- intoxicações (T36-T65†)
- lipidose cerebral (E75.-†)
- lúpus eritematoso sistêmico (M32.-†)
- neurosífilis (A52.1†)
- poliarterite nodosa (M30.0†)
- tripanossomíase (B56.-†, B57.-†)

F03 Demência não especificada

F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

Síndrome dominada por um comprometimento importante das memórias recente e remota, ao passo que a memória imediata permanece preservada com habilidade reduzida para aprendizagem e uma desorientação temporal. A confabulação pode ser uma característica importante, mas a percepção e as outras funções cognitivas, dentre elas a inteligência, estão habitualmente intactas. O prognóstico depende da evolução da lesão subjacente. Inclui a psicose ou síndrome de Korsakov, não-alcoólica.

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios devem ser os da CID-10. Embora um declínio nas capacidades cognitivas seja essencial para o diagnóstico de demência, as interferências no desempenho de papéis sociais dentro da família, no trabalho e em outras esferas da vida de relação não devem ser utilizadas como única diretriz ou critério diagnóstico. Entretanto, uma vez feito o diagnóstico, estas podem servir como um indicador útil da gravidade do quadro.

O protocolo do Ministério da Saúde, para a doença de Alzheimer, deve ser seguido especificamente para aquele quadro nosológico, não se confundindo com as outras demências²³.

As demências vasculares são altamente prevalentes. Sua apresentação clínica depende da causa e da localização do infarto cerebral. Doença de grandes vasos leva comumente a múltiplos infartos corticais (com síndrome demencial cortical multifocal). Doença de pequenos vasos, geralmente resultado de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus, causa isquemia da substância branca periventricular e infartos lacunares, com demência subcortical, alterações frontais, disfunção executiva, comprometimento de memória, prejuízo atencional, alterações depressivas, lentificação motora, sintomas parkinsonianos, distúrbios urinários e paralisia pseudobulbar²⁴.

A demência mista é entidade nosológica caracterizada pela ocorrência simultânea de eventos característicos de mal de Alzheimer e de demência vascular.

A demência por corpúsculos de Lewy caracteriza-se por um declínio cognitivo flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais. O quadro demencial apresenta início rápido e declínio progressivo, déficit da função executiva, da resolução de problemas, da fluência verbal e do desempenho audiovisual. Tem como características próprias as alucinações visuais. Quando há histórico de doença de Parkinson há 12 meses ou mais, considera-se que o quadro seja de demência na doença de Parkinson, mesmo que os sintomas sejam os mesmos que os da demência de Lewy.

O diagnóstico diferencial das demências está representado no quadro seguinte.

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença de Alzheimer. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. In: Portaria SAS/MS nº 1.298, de 21 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-de-alzheimer-livro-2013.pdf>>.

²⁴ GALLUCCI, N. J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. Psiquiatr. Clín.** 32 (3); 119-130, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a04v32n3.pdf>>.

Aspectos etiológicos na classificação das demências

Degenerativas primárias	<i>Doença de Alzheimer (DA)</i>	DA senil (DA de início tardio, esporádica); DA pré-senil (DA de início precoce, familiar).
	<i>Degeneração lobar frontotemporal (DFT)</i>	Doença de Pick; Afasia progressiva primária (APP); Afasia não-fluente.
	<i>Demências subcorticais</i>	Doença de Wilson (degeneração hepatolenticular); Doença de Huntington.
	<i>Parkinson-plus</i>	Demência com corpúsculos de Lewy; Demência na doença de Parkinson; Paralisia supranuclear progressiva (PSP); Degeneração corticobasal; Atrofia de múltiplos sistemas.
	<i>Doenças priônicas</i>	Doença de Creutzfeldt-Jakob; Insônia familiar fatal; Doença de Gertsman-Sträussler-Scheinker.
Vasculares	<i>Grandes vasos</i> <i>Infartos isolados (estratégicos)</i>	Demência por múltiplos infartos corticais; Giro angular, tálamo, prosencéfalo basal, territórios; das artérias cerebrais anterior e posterior.
	<i>Microangiopatia (substância branca)</i>	Leucodistrofia subcortical difusa; Doença de Binswanger.
Lesionais	<i>Lesões cerebrais focais (lesões que ocupam espaço)</i>	Tumores cerebrais; Hematoma subdural; Esclerose múltipla; Hidrocefalia de pressão normal (HPN).
	<i>Traumáticas</i>	Demência pugilística; Traumatismo craneencefálico.
	<i>Infecciosas</i>	Demência associada à aids; Neurossfilis (paralisia geral progressiva); Neurocisticercose, sarcoidose; Meningoencefalites (criptocócica, tuberculosa, fúngica); Encefalites víricas (herpes simples).
	<i>Inflamatórias</i>	Vasculites do sistema nervoso central; Lúpus eritematoso sistêmico; Outras doenças reumatológicas.
Tóxico-metabólicas	<i>Intoxicações crônicas</i>	Demência alcoólica/Intoxicação por metais pesados (chumbo, mercúrio, arsênico).
	<i>Anóxicas / hipóxicas</i>	Intoxicação por monóxido de carbono (anóxia); Anóxia aguda: arritmias cardíacas, parada cardiorrespiratória, anóxia pós-anestésica; Crônica: anemias, DPOC.
	<i>Metabólicas</i>	Tireoidopatias, hiperparatireoidismo; Distúrbios hipofisários-adrenais; Estados pós-hipoglicêmicos; Encefalopatia hepática progressiva crônica; Uremia crônica (demência dialítica).
	<i>Nutricionais</i>	Deficiências vitamínicas: tiamina (B ₁), niacina (B ₃), cobalamina (B ₁₂), ácido fólico.

Fonte: Gallucci N, J.; Tamelini, M. G.; Forlenza. O.V. (2005), a partir de Sadock, Sadock (1999). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a04v32n3.pdf>>.

As demências exógenas, derivadas de drogas lesivas ao sistema nervoso central, como o álcool etílico, têm seu diagnóstico vinculado à história clínica de contato, uso ou abuso de tais substâncias. A psicose ou demência de Korsakov geralmente provém de uma evolução da síndrome de Wernicke (deficiência de tiamina associada ao abuso crônico de etanol), manifestando prejuízo grave de memória recente e do aprendizado, com amnésia anterógrada e confabulações. A resposta ao tratamento é pobre.

A demência frontotemporal é causa de demência no período pré-senil. Caracteriza-se por significativas modificações do comportamento e da personalidade, enquanto o funcionamento cognitivo avaliado por testes psicométricos tradicionais encontra-se relativamente preservado. Muitos pacientes consultam o médico em virtude dos sintomas comportamentais proeminentes, como apatia, desinibição e comportamentos perseverativos ou estereotipados. O tratamento racional da demência fronto-temporal é atualmente limitado. Os

sintomas comportamentais são controlados principalmente por inibidores seletivos da recaptação de serotonina²⁵.

Escores isquêmicos podem auxiliar na montagem do diagnóstico da demência vascular (vide anexo I, ao final deste protocolo).

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

São os da CID-10, para quadros demenciais, exceto os do mal de Alzheimer. Para a doença de Alzheimer, deve-se consultar o protocolo próprio, do Ministério da Saúde.

5. CASOS ESPECIAIS

Casos de demência com psicose ou com alterações do comportamento gerando agressividade e agitação merecem um olhar especial. Há evidências de que o haloperidol, assim como a risperidona, a quetiapina e a olanzapina, podem reduzir os sintomas psicóticos, mas todos eles podem causar efeitos colaterais importantes, em função da idade e da debilidade dos pacientes demenciados. Nenhum neuroléptico deve ser usado rotineiramente para tratar pacientes demenciados. Há indícios de que os neurolépticos, especialmente os atípicos, possam aumentar as taxas de mortalidade em demências²⁶.

6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), consultórios de instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

A maioria dos pacientes com demência pode ser avaliada, tratada e medicada adequadamente por médicos em atenção primária à saúde. O encaminhamento para um outro nível de atenção em saúde deve ser considerado nas seguintes condições: quando houver dúvidas sobre o diagnóstico após avaliação e seguimento, exigência pela família ou paciente de outra opinião, presença de depressão importante, diante de quadros atípicos ou sugestivos de etiologias menos comuns e quando se considerar o aconselhamento genético ou a realização de estudos mais aprofundados.

7. RECOMENDAÇÕES E TRATAMENTO

7.1 Recomendações

²⁵ TEIXEIRA-JR, Antônio Lúcio; SALGADO, João Vinícius. Demência fronto-temporal: aspectos clínicos e terapêuticos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100009&lng=en&nrm=iso>.

²⁶ BALLARD, C.G.; WAITE, J.; BIRKS, J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2006, Issue 1. Art. No.: CD003476. DOI: 10.1002/14651858.CD003476.pub2. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003476.pub2/abstract;jsessionid=0BCDC8BA1B4ADD50F8BD3F78E90E9D42.f01t01>>.

A partir do estudo brasileiro feito por Brucki et al. (2011)²⁷, pode-se preconizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde:

- 1) Incentivar atividade física regular para pessoas saudáveis, pacientes com doença cerebrovascular e pacientes com declínio cognitivo (nível de evidência B).
- 2) Adaptar a dieta e modificação dos hábitos alimentares, incentivando-se o consumo de alimentos com predomínio de vegetais, ácidos graxos insaturados, grãos e peixes (nível de evidência B).
- 3) Evitar o consumo de doses elevadas de álcool (nível de evidência C).
- 4) Incentivar a manutenção de peso adequado (nível de evidência C).
- 5) Fazer uso de anti-hipertensivos, nos casos de hipertensão, o que pode reduzir o risco de declínio cognitivo e demência, incluindo a demência vascular. Não há evidências para recomendações do uso de uma classe específica de anti-hipertensivos (nível de evidência B).
- 6) O uso de estatinas em indivíduos idosos, em sujeitos com fatores de risco vasculares, não é recomendado com objetivo exclusivo de prevenção ou tratamento das demências (nível de evidência B).
- 7) Não se recomenda o controle intenso da glicemia (Hb glicada < 6%) para a prevenção exclusiva de declínio cognitivo em pacientes diabéticos (nível de evidência B).
- 8) O tratamento das comorbidades potencialmente reversíveis associadas a insuficiência cardíaca em pacientes idosos (anemia, HAS, anormalidades de eletrólitos, hiperglicemia, hipoalbuminemia) pode reduzir o declínio cognitivo nestes pacientes (nível de evidência C). O uso de inibidores da ECA pode ser recomendado em pacientes com insuficiência cardíaca independente do tratamento dos níveis pressóricos (nível de evidência C).
- 9) A apnéia do sono deve ser pesquisada e tratada em pacientes com demência, podendo trazer algum benefício cognitivo (nível de evidência C).
- 10) A cessação de tabagismo deve ser recomendada em qualquer época da vida (nível de evidência C).
- 11) Não é recomendado o uso de antiagregantes para prevenção primária de declínio cognitivo e demência (nível de evidência B). Em pacientes com Alzheimer não é indicada a administração de ácido acetilsalicílico como tratamento da demência, exceto quando indicado por motivos cardiovasculares (nível de evidência B).
- 12) A revascularização carotídea, através de stent na artéria carótida (CEA) ou endarterectomia de carótida (CAS), em pacientes com estenose carotídea sintomática não afeta o desempenho cognitivo. A revascularização carotídea não deve ser recomendada com objetivo de preservar ou melhorar a função cognitiva (nível C)²⁸.

²⁷ BRUCKI, Sonia Maria Dozzi; FERRAZ, Ana Cláudia; FREITAS, Gabriel R de; MASSARO, Ayrton Roberto; RADANOVIC, Márcia; SCHULTZ, Rodrigo Rizek. Tratamento da demência vascular. **Dement Neuropsychol** 2011 June;5(Suppl 1):78-90. Disponível em: <http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=286>.

²⁸ AL-DAMLUJI, M.S.; NAGPAL, S.; STILP, E.; REMETZ, M.; MENA, C. Carotid revascularization: a systematic review of the evidence. **Journal of interventional cardiology**. 2013;26(4):399-410. Disponível em: <<http://www.epistemonikos.org/pt/documents/83efe98aa2830228ec74b935ab987feead657a85#document>>.

- 13) As medicações Ginkgo biloba, nicergolina, vinpocetina, mesilato ergolóide (codergocristina e outros), piracetam (nível de evidência B), pentoxifilina, citicolina (nível de evidência U), cerebrolisina (nível de evidência C) não devem ser utilizadas no tratamento da demência vascular, pois não há dados comprovando que tenham efeitos válidos.

7.2 Nas demências vasculares

Os princípios do tratamento do paciente com demências vascular envolvem a prevenção de novas lesões cerebrovasculares, intervenções farmacológicas sobre sintomas específicos, retirada das drogas desnecessárias (ou sem evidências de efetividade), estruturação do ambiente, abordagem a déficits específicos e atenção à família e ao cuidador²⁹:

Os principais sintomas neuropsiquiátricos comportamentais no curso da demência são as alterações do sono e sintomas depressivos (nas fases iniciais), delírios (nas fases tardias) e ansiedade com agitação temporária, eventual (em qualquer fase). O tratamento destas complicações no paciente com demência não difere muito daquele proposto em outros grupos de pacientes. Neurolépticos e tricíclicos podem, entretanto, comprometer ainda mais suas habilidades cognitivas residuais. Hipnóticos para controle de distúrbios do sono devem, sempre que possível, ser evitados. Problemas de comportamento são muito frequentes, principalmente por perda de memória, inquietude e agitação, alterações do ciclo sono-vigília, ideação delirante, movimentação constante ou violência física. Estes problemas podem romper o frágil sistema de amparo ao paciente, por aumento do nível de estresse familiar. A adequada identificação do problema e dos eventos que o antecedem e sucedem permite com frequência minimizá-lo. Geradores usuais de estresse incluem cansaço, mudanças na rotina, demandas excessivas, estímulo exagerado, doença ou dor aguda.

Instituições de longa permanência para idosos, com cuidadores qualificados, podem oferecer boas alternativas ao manejo de pacientes que não possam ser cuidados em casa.

Métodos alternativos de tratamento, como programas de integração sensorial e terapia de grupo já foram propostos, sem comprovação de eficácia.

Em qualquer tipo de demência, a supervisão das atividades da vida diária do paciente, visando a prevenção de acidentes (pela dificuldade em discernir situações de risco ou perigo) é um ponto fundamental³⁰.

Ambientes hospitalares e clínicas de repouso (para internação ou permanência por períodos), devem eliminar ou minorar elementos arquitetônicos geradores de estresse ou confusão. A orientação espacial deve se dar através de múltiplos sinais, não exclusivamente verbais.

Áreas de lazer devem ficar longe de áreas de risco (saídas externas, cozinha e áreas de serviço). Fechaduras de acionamento múltiplo simultâneo (p.ex.: apertar botão e rodar maçaneta) se mostram interessantes.

²⁹ ANDRÉ, Charles. Demência vascular: dificuldades diagnósticas e tratamento. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 56, n. 3A, Sept. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000300025&lng=en&nrm=iso>.

³⁰ TALMELLI, Luana Flávia da Silva et al . Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 3, 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300003&lng=en&nrm=iso>.

A iluminação interna não deve ser agressiva e a exposição à luz natural da manhã parece melhorar o ciclo sono-vigília. Música clássica ou as músicas preferidas do paciente podem reduzir o comportamento ruidoso e a agitação.

O apoio aos cuidadores domésticos é importante para seu bom desempenho. Atitudes de estímulo ao paciente, por parte de cuidadores são melhor aceitas do que atitudes críticas e de cobrança. O idoso com demência pode desenvolver uma relação extrema de dependência com seu cuidador, gerando angústia, pois perde a autonomia para realizar determinadas atividades, precisando se colocar nas mãos de um terceiro. Cuidadores podem receber apoio dos serviços de saúde, inclusive através de cursos específicos.

Os grupos psicoeducacionais, organizados por profissionais de saúde, podem ser considerados intervenções eficazes na diminuição dos sintomas depressivos de cuidadores de pessoas com demência³¹. Suas estratégias podem ser através de aulas dialogadas, dinâmicas de grupo e leituras simples informativas³².

A estimulação cognitiva e exercícios mentais podem auxiliar alguns pacientes, em fases não avançadas da demência. Não é uma intervenção apropriada, contudo, nas demências graves³³.

7.3 Fármacos

O tratamento é sintomático. As revisões sistemáticas mostram que ainda não há um corpo de evidências científicas mostrando quais são os melhores tratamentos farmacológicos para as demências frontotemporais.

O uso de antidepressivos em pacientes com demência também é incerto. As metanálises não encontraram grandes diferenças entre os medicados e os não medicados para sintomas depressivos em quadros de demências³⁴.

Os inibidores seletivos de recaptção da serotonina têm sido usados na tentativa de amenizar sintomas comportamentais, especialmente na vigência de depressão comórbida à demência. As evidências de sua efetividade, contudo, não são consistentes. Não há indícios de que um inibidor seja melhor do que o outro³⁵. O disponível, regularmente, na rede pública é a fluoxetina.

³¹ SANTOS, Raquel Luiza et al . Efficacy of a psychoeducational group with caregivers of patients with dementia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 40, n. 4, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000400007&lng=en&nrm=iso>.

³² BRUM, Ana Karine Ramos et al . Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 4, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400025&lng=en&nrm=iso>.

³³ AGUIRRE, E.; SPECTOR, A.E.; ORRELL, M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 2. Art. No.: CD005562. DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub2. Disponível em: <<http://es.summaries.cochrane.org/CD005562/estimulacion-cognitiva-para-mejorar-el-funcionamiento-cognitivo-en-pacientes-con-demencia#sthash.4LAW3snc.dpuf>>.

³⁴ BAINS, J.; BIRKS, J.; DENING, T. Antidepressants for treating depression in dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2002, Issue 4. Art. No.: CD003944. DOI: 10.1002/14651858.CD003944. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003944/abstract>>.

³⁵ BAINS, J.; BIRKS, J.S.; DENING, T.R.; Antidepressivos para el tratamiento de la depresión en la demencia (Revisión Cochrane traducida). In: **La Biblioteca Cochrane Plus**, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traduzida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Alguns casos, com sintomas psicóticos, de agitação ou de agressividade, podem responder a doses baixas de neurolépticos, que podem ser prescritos com os devidos cuidados aos efeitos colaterais, sempre mais intensos em idosos³⁶.

No conjunto da literatura médica não há certeza sobre a forma e o momento de se retirar os antipsicóticos utilizados em pessoas com demência que tenham passado a usar neurolépticos³⁷.

A alimentação por sonda é comumente utilizada em pacientes com demência avançada, quando há disfagia. A decisão de instituir hidratação e nutrição artificiais pode ser emotiva e complexa, muitas vezes pressionando os médicos. Metanálises não evidenciam provas definitivas de que a alimentação por sonda enteral seja eficaz para prolongar a sobrevivência, melhorar a qualidade de vida, conseguir uma nutrição melhor e reduzir o risco de úlceras de decúbito. Por outro lado, a alimentação por sonda aumenta o risco de desenvolver pneumonia por inalação de pequenas quantidades de alimento e, inclusive, de provocar mortes³⁸.

Há discussões sobre possíveis efeitos da nimodipina, discretos, mas ainda duvidosos, sobre funções cognitivas, em pacientes com demência por infartos múltiplos e demências mistas³⁹.

A administração oral da naftidrofurila tem sido testada, mostrando boa tolerância. Apesar de alguns relatos de efeitos positivos parciais sobre a cognição e o humor, o resultado atual das pesquisas deixa uma impressão geral ainda inconsistente e inconvincente sobre os benefícios. Quanto ao comportamento violento e atrapalhado, esta substância demonstrou, nas pesquisas até aqui realizadas, não ter efeitos positivos⁴⁰.

³⁶ PORTUGAL, Maria da Glória; MARINHO, Valeska; LAKS, Jerson. Pharmacological treatment of frontotemporal lobar degeneration: systematic review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000100016&lng=en&nrm=iso>.

³⁷ DECLERCQ, T.; PETROVIC, M.; AZERMAI, M.; VANDER STICHELE, R.; DE SUTTER, A.I.M.; VAN DRIEL, M.L.; CHRISTIAENS, T. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 3. Art. No.: CD007726. DOI: 10.1002/14651858.CD007726.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007726.pub2/full>>.

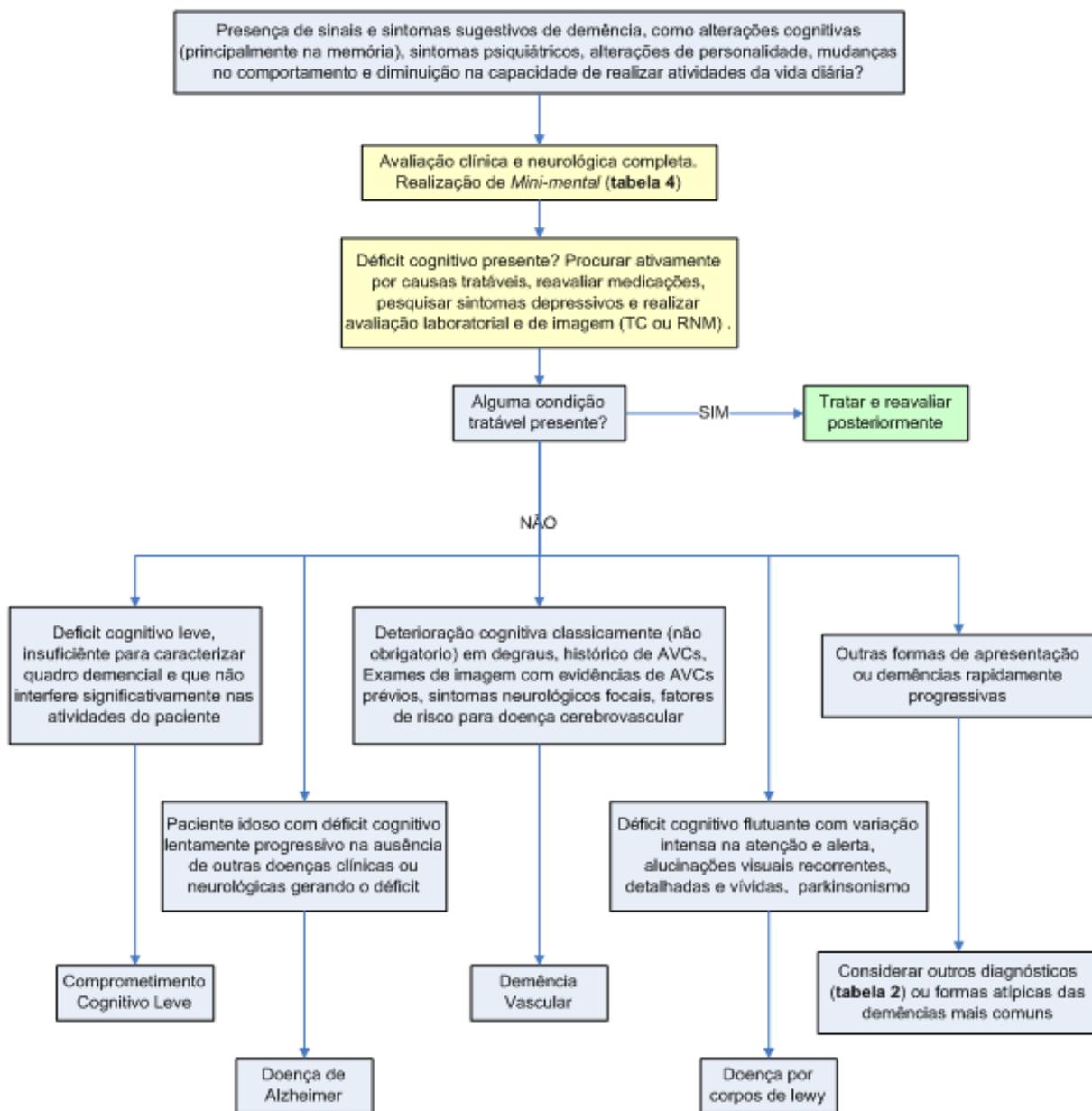
³⁸ SAMPSON, E.L.; CANDY, B.; JONES, L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 2. Art. No.: CD007209. DOI: 10.1002/14651858.CD007209.pub2.

Veja mais em: <<http://es.summaries.cochrane.org/CD007209/no-existen-pruebas-suficientes-para-sugerir-que-la-alimentacion-enteral-sea-beneficiosa-en-los-pacientes-con-demencia-avanzada.-faltan-datos-sobre-los-efectos-adversos-de-esta-intervencion#sthash.IXiLfzuR.dpuf>>.

³⁹ BIRKS, J.; LÓPEZ-ARRIETA, J. Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2002, Issue 3. Art. No.: CD000147. DOI: 10.1002/14651858.CD000147. Disponível também em: <<http://es.summaries.cochrane.org/CD000147/nimodipina-para-la-demencia-degenerativa-primaria-mixta-y-vascular#sthash.jdgYu6oN.dpuf>>.

⁴⁰ LU, Dong Hao, et al. Naftidrofuryl for dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 9, 2014, Art. No. CD002955. DOI: 10.1002/14651858.CD002955.pub12. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=1477&id=CD002955&lang=pt&dbl=lib=COC>>.

8 Algoritmo



Fonte: SMID, J. Demências. Medicina Net. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/imagens/20081110031116.gif>>.

Anexo

Escores isquêmicos para diagnóstico diferencial de demências

a. O Escore Isquêmico de Hachinski - 1975³³

(Pontuação total máxima=18. ≥ 7 : Demência vascular; 5-6: Etiologia mista; ≤ 4 : Doença de Alzheimer).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	2	Incontinência emocional	1
Deterioração em escada	1	História de hipertensão arterial	1
Curso flutuante	2	História de AVC	2
Confusão noturna	1	Evidência de aterosclerose associada	1
Preservação relativa da personalidade	1	Sintomas neurológicos focais	2
Depressão	1	Sinais neurológicos focais	2
Queixas somáticas	1		

b. O Escore Isquêmico de Rosen - 1979⁶⁵

(Pontuação total máxima=12. ≥ 4 : Demência vascular; 3: Etiologia mista; ≤ 2 : Doença de Alzheimer).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	2	História de hipertensão arterial	1
Deterioração em escada	1	História de AVC	2
Queixas somáticas	1	Sintomas neurológicos focais	2
Incontinência emocional	1	Sinais neurológicos focais	2

c. O Escore Isquêmico de Portera-Sanchez - 1982⁶¹

(Pontuação total máxima=12. ≥ 6 : Demência vascular; 4-5: Etiologia mista; ≤ 3 : Doença de Alzheimer).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	1	Sinais neurológicos focais - incluindo	
História de hipertensão arterial	1	distúrbios motores (2) e sinais piramidais (1)	3
História de AVC	4	Lentificação focal ao EEG	1
Infarto ou atrofia focal à TC	2		

d. O Escore Isquêmico de Loeb e Gandolfo - 1983⁴⁶

(Pontuação total máxima=9 ou 10. ≥ 5 : Demência vascular; 3-4: Etiologia mista; ≤ 2 : Doença de Alzheimer).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	2	Sinais neurológicos focais	2
História de AVC	1	Áreas de hipodensidade à TC (1 ou > 1)	2 ou 3
Sintomas neurológicos focais	2		

e. O Escore Isquêmico de Katzman e Kawas - 1986⁴¹

(Pontuação total máxima=12. ≥ 6 : Demência vascular; 4-5: Etiologia mista; ≤ 3 : Doença de Alzheimer).

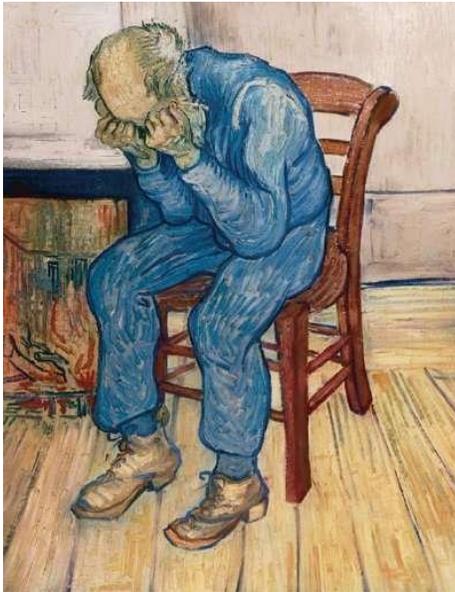
Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	2	Sinais neurológicos focais	2
Deterioração em escada	1	Infarto ou atrofia focal à TC	2
História de AVC	2	Alterações de substância branca	1
Sintomas neurológicos focais	2		

f. O Escore Isquêmico de Fischer - 1991²⁵

(Pontuação total máxima=18. > 7 : Demência vascular).

Item	Pontuação	Item	Pontuação
Início súbito	2	Incontinência emocional	1
Deterioração em escada	1	História de hipertensão arterial	1
Curso flutuante	2	História de AVC	2
Confusão noturna	1	Evidência de aterosclerose associada	1
Preservação relativa da personalidade	1	Sinais e Sintomas neurológicos focais	2
Depressão	1	Infarto ou atrofia focal à TC	2
Queixas somáticas	1		

Fonte: ANDRE, Charles. Demência vascular: dificuldades diagnósticas e tratamento. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 56, n. 3A, Sept. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000300025&lng=en&nrm=iso>.



Homem idoso triste (No Portão da Eternidade), de Vincente Van Gogh, 1890.

Demência no mal de Alzheimer

Protocolo clínico

Biaze Manger Knoll,
Alan Indio Serrano
Lia Quaresma Coimbra

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

O mal de Alzheimer é responsável por cerca de metade da prevalência das demências no mundo. Sua abordagem no SUS está regulamentada pela Portaria SAS/MS nº 1.298, de 21 de novembro de 2013, do Ministério da Saúde. Este protocolo é coerente com o federal, podendo aquele ser consultado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde⁴¹. As referências bibliográficas estão contidas no protocolo federal.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F00 Demência na doença de Alzheimer

- F00.0 Demência na doença de Alzheimer de início precoce
- F00.1 Demência na doença de Alzheimer de início tardio
- F00.2 Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista
- F00.9 Demência não especificada na doença de Alzheimer

O quadro demencial é conexo ao diagnóstico simultâneo de algum quadro codificado como G30 na CID-10.

3. DIAGNÓSTICO

⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Doença de Alzheimer. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p. 147-167. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>>. Também em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/07/pcdt-doen--a-de-alzheimer-2013.pdf>>.

Os critérios devem levar em conta a CID-10. É um diagnóstico de exclusão. O rastreamento inicial deve incluir avaliação de depressão e exames de laboratório com ênfase especial na função da tireoide e níveis séricos de vitamina B12. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com infarto cerebral, neoplasia e possíveis coleções de líquido extracerebral. Deve-se identificar as modificações cognitivas específicas, pela escala CDR. Exames físico e neurológico cuidadosos acompanhados de avaliação do estado mental para identificar os déficits de memória, de linguagem e visoespaciais devem ser realizados, começando com o exame mini exame do estado mental e a escala de avaliação clínica da demência. Outros sintomas cognitivos e não cognitivos são fundamentais na avaliação do paciente com suspeita de demência. Os indicativos clínicos mais comuns são:

- a) Presença de demência estabelecida por teste objetivo;
- b) Prejuízo da memória e de pelo menos uma outra função cognitiva (ex: linguagem ou percepção);
- c) Piora progressiva da sintomatologia;
- d) Ausência de distúrbio do nível de consciência;
- e) Início dos sintomas entre 40 e 90 anos (mais frequente após 65 anos);
- f) Ausência de distúrbios sistêmicos ou outra doença do sistema nervoso central que poderiam acarretar déficit cognitivo progressivo (demência) como o hipotireoidismo.
- g) História familiar de demência, particularmente se confirmada por exame anatomopatológico;
- h) Em caso de haver exames complementares, estes geralmente se mostram normais (EEG, TCC, RM) ou com alterações inespecíficas;
- i) Evidência documentada de progressão da atrofia cerebral.

As seguintes características reduzem muito a chance de diagnóstico de da provável:

- a) Início súbito, apoplético;
- b) Achado neurológico focal precoce no curso da doença;
- c) Convulsões ou distúrbios da marcha precoces no curso da doença.

Os exames laboratoriais utilizados são: hemograma, eletrólitos (sódio e potássio), glicemia, ureia e creatinina, TSH e ALT/AST), sorologia sérica para sífilis (VDRL) e imagem cerebral (TC sem contraste ou RM).

Até o momento não há evidências suficientes que sustentem a indicação de uso dos seguintes testes: medidas lineares ou volumétricas por RM ou TC, SPECT (tomografia computadorizada por emissão simples de fótons), testes genéticos para demência de corpos de Lewy ou doença de Creutzfeld-Jakob, genotipagem da ApoE para DA, EEG, punção lombar (exceto na presença de câncer metastático, suspeita de infecção do sistema nervoso central, sorologia sérica para sífilis reativa, hidrocefalia, idade menor de 55 anos, demência rapidamente progressiva ou não usual, imunossupressão, suspeita de vasculite do SNC), PET CT (tomografia por emissão de pósitrons), marcadores genéticos para doença de Alzheimer, marcadores biológicos no líquido ou outros para doença de Alzheimer, mutações da proteína tau em pacientes com demência frontotemporal, mutações gênicas da doença de Alzheimer em pacientes com demência frontotemporal. Tais exames, portanto, não poderão ser realizados no SUS e não estão incorporados como tecnologias diagnósticas para esta indicação.

O diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer só pode ser realizado por necropsia (ou biópsia) com identificação do número apropriado de placas e enovelados em regiões específicas do cérebro, na presença de história clínica consistente com demência. A biópsia não é recomendada para diagnóstico.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

São incluídos os pacientes que preencherem todos os seguintes critérios:

- a) diagnóstico de doença de Alzheimer provável, segundo os critérios do *National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA) *Criteria for Alzheimer Disease*;
- b) MEEM com escore entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade ou entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade;
- c) escala CDR 1 ou 2 (demência leve ou moderada);
- d) TC ou RM do encéfalo e exames laboratoriais que afastem outras doenças frequentes nos idosos que possam provocar disfunção cognitiva: hemograma (anemia, sangramento por plaquetopenia), avaliação bioquímica (dosagem alterada de sódio, potássio, glicose, ureia ou creatinina), avaliação de disfunção tireoidiana (dosagem de TSH), sorologia para lues (VDRL) e nível sérico de vitamina B12.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ficam excluídos deste protocolo de tratamento pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo:

- a) identificação de incapacidade de adesão ao tratamento;
- b) evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada;
- c) insuficiência cardíaca ou arritmia cardíaca graves;
- d) hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos.

Além dos citados, o uso de galantamina está contraindicado em casos de insuficiência hepática ou renal graves.

6. TRATAMENTO

O tratamento deve ser multidisciplinar, envolvendo os diversos sinais e sintomas da doença e suas peculiaridades de condutas. O objetivo do tratamento medicamentoso é propiciar a estabilização do comprometimento cognitivo, do comportamento e da realização das atividades da vida diária (ou modificar as manifestações da doença), com um mínimo de efeitos adversos.

Desde a introdução do primeiro inibidor da acetilcolinesterase, os fármacos colinérgicos donepezila, galantamina e rivastigmina são considerados os de primeira linha. Estes fármacos são recomendados para o tratamento da doença de Alzheimer leve a moderada.

Somente um destes fármacos poderá ser utilizado de cada vez. É contraindicado o uso simultâneo de mais de um deles. Portanto, não poderão ser co-administrados rivastigmina com donepezil, rivastigmina com galantamina, donepezil com galantamina. Para mudança de medicamento na Doença de Alzheimer o médico deverá encaminhar um relato médico justificando a troca do fármaco.

O termo de esclarecimento e responsabilidade (vide anexo 1) é obrigatório ao se prescrever medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, como estes.

Os quadros seguintes são esclarecedores a respeito da instituição da farmacoterapia na demência de Alzheimer no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Anticolinesterásicos utilizáveis em demências de Alzheimer leves a moderadas.

DOENÇA DE ALZHEIMER			
Portaria SAS/MS nº 1.298 – 21/11/2013			
Medicamento	DONEPEZILA	RIVASTIGMINA	GALANTAMINA
CID 10	G30.0; G30.1; G30.8		
Apresentação	5mg e 10mg (comprimido)	1,5mg, 3,0mg, 4,5mg e 6,0mg (cápsula) 2mg/mL (solução oral 120mL)	8mg, 16mg e 24mg (cápsulas de liberação prolongada)
Inclusão	Laudo médico avaliado por um especialista; preencher os critérios clínicos de demência por Alzheimer possível* ou provável**; apresentar Mini-exame do Estado Mental (MMSE, score entre 12 – 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade e entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade); apresentar escala CDR (Clinical Dementia Rating) 1 ou 2 (demência leve ou moderada).		
Anexos obrigatórios	Cópia dos exames Mini-exame do Estado Mental e Escala CDR devidamente preenchidos, datados e assinados pelo médico e com identificação do paciente. Informar nível de escolaridade do paciente. Uréia, creatinina, AST e ALT, VDRL, dosagem sérica Vit. B12, Na e K, hemograma, TSH, glicose. Se possível RNM ou TC do encéfalo.		
Administração	5mg a 10mg ao dia	1,5mg a 6,0mg 2 x ao dia	8mg a 24mg/dia
Presc. Máxima Mensal	31 cp (10mg) ou 62 cp (5mg)	62 caps (6mg), 62 caps (4,5mg), 124 caps (3mg) ou 248 caps (1,5mg), 2 frascos (2mg/mL)	93 caps (8mg), 31 caps (16mg), 31 caps (24mg)
Monitoramento	Reavaliação para estimar o benefício e a necessidade de continuidade do tratamento pela avaliação clínica e realização do MEEM e da escala CDR, três a quatro meses após o início do tratamento e posteriormente a cada 6 meses.		
Exclusão	Evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada; insuficiência cardíaca grave ou arritmia cardíaca; identificação de incapacidade de adesão ao tratamento, hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos e nos casos de insuficiência hepática ou renal graves.		

Aspectos importantes do tratamento das demências de Alzheimer pelo SUS

Inclusão	Laudo médico avaliado por um especialista; preencher os critérios clínicos de demência por Alzheimer possível ou provável; apresentar Mini-exame do Estado Mental (MMSE, score entre 12 – 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade e entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade); apresentar escala CDR (Clinical Dementia Rating) 1 ou 2 (demência leve ou moderada).
Anexos obrigatórios	Cópia dos exames Mini-exame do Estado Mental e Escala CDR devidamente preenchidos, datados e assinados pelo médico e com identificação do paciente. Informar nível de escolaridade do paciente. Uréia, creatinina, AST e ALT, VDRL, dosagem sérica Vit. B12, Na e K, hemograma, TSH, glicose. Se possível RNM ou TC do encéfalo.
Monitoramento	Reavaliação para estimar o benefício e a necessidade de continuidade do tratamento pela avaliação clínica e realização do MEEM e da escala CDR, três a quatro meses após o início do tratamento e posteriormente a cada 6 meses.
Exclusão	Evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada; insuficiência cardíaca grave ou arritmia cardíaca; identificação de incapacidade de adesão ao tratamento, hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos e nos casos de insuficiência hepática ou renal graves.
Tempo de Tratamento	O tratamento deve ser suspenso após 3-4 meses do início do tratamento por falta de benefício, quando MMSE for < 12, para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade, ou < 8, para pacientes com menos de 4 anos de estudo, quando resultado da escala CDR for maior que 2, em casos de intolerância ao medicamento ou identificação de incapacidade de adesão ao tratamento.
Especialidade médica prescritora	Neurologista, psiquiatra, geriatra ou médico com treinamento na avaliação de demências.

Anexo 1

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE:
DONEPEZILA, GALANTAMINA E RIVASTIGMINA.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de donepezila, galantamina e rivastigmina, indicadas para o tratamento de doença de Alzheimer. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico Dr. _____

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: - redução na velocidade de progressão da doença e - melhora da memória e da atenção. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento: - não se sabe ainda ao certo os riscos do uso destes medicamentos na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico; - efeitos adversos da donepezila mais comuns: insônia, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, dispepsia, câibras musculares, cansaço; menos comuns: dor de cabeça, sonolência, tontura, depressão, perda de peso, sonhos anormais, aumento da frequência urinária, desmaios, bradicardia, artrite e manchas roxas na pele; - efeitos adversos da galantamina mais comuns: náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, perda de peso, dor abdominal, dispepsia, gases, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia e sonolência; menos comuns: infecção do trato urinário (com sangue na urina), incontinência urinária, anemia, tremor, rinite e problemas hepáticos; - efeitos adversos da rivastigmina mais comuns: tontura, dor de cabeça, náusea, vômito, diarreia, perda de apetite, cansaço, insônia, confusão mental e dor abdominal; menos comuns; depressão, ansiedade, sonolência, alucinações, desmaios, hipertensão, dispepsia, prisão de ventre, gases, perda de peso, infecção do trato urinário, fraqueza, tremor, angina, úlcera gástrica ou duodenal e erupções cutâneas; - são medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida aos fármacos; - o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem. Estou ciente de que o medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer em uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() donepezila () galantamina () rivastigmina

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Anexo 2

Mini Exame do Estado Mental

ORIENTAÇÃO	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
* Qual é o (ano) (estação ou horário) (dia semana) (dia mês) e (mês)?	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua/local) (andar)?		
REGISTRO		
* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL . Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que repita corretamente e anotar número de vezes: ____	<input type="text"/>	<input type="text" value="5"/>
ATENÇÃO E CÁLCULO	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65)	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
EVOCAÇÃO	<input type="text"/>	<input type="text" value="3"/>
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
LINGUAGEM	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Identificar lápis e relógio de pulso	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão D, dobre ao meio e ponha no chão”.	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Ler ‘em voz baixa’ e executar: FECHE OS OLHOS	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa)	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
* Copiar o desenho:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		

TOTAL:

Estação do ano é utilizada no sul do Brasil. Horário (com tolerância de 1 hora para mais e para menos) é utilizado nas demais regiões. Rua é usado para visitas domiciliares. Local para consultas no hospital ou outra instituição

Anexo 3

Escala CDR

	Saudável CDR 0	Demência questionável CDR 0,5	Demência leve CDR 1	Demência moderada CDR 2	Demência grave CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; "esquecimento benigno"	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o déficit interfere com atividades do dia a dia	Perda de memória grave; apenas material <i> muito</i> aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado	Plenamente orientado	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais	Geralmente desorientado	Orientação pessoal apenas
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia a dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente comprometido	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	Função independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças, e grupos sociais	Leve dificuldade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente e nestas atividades embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa
LAR E PASSATEMPOS	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais mantidos	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais levemente afetados	Comprometimento leve, mas evidente em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados	Realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos	Sem qualquer atividade significativa em casa
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz	Plenamente capaz	Necessita assistência ocasional	Requer assistência no vestir e na higiene	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente

Fonte: Adaptado de MORRIS, 1993, p. 2413.

Anexo 4

Ficha Farmacoterapêutica

1 DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

CNS: _____ RG: _____

DN: ___/___/___ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Sexo: F M

Endereço: _____

Telefones: _____

Médico assistente: _____ CRM: _____

Telefones: _____

Nome do cuidador: _____

Cartão Nacional de Saúde: _____ RG: _____

2 AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 Qual o grau de escolaridade? _____

2.2 Qual o escore do MEEM?

12 - 24 → Critério de inclusão para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade

8 - 21 → Critério de inclusão para pacientes com menos de 4 anos de escolaridade

Nenhum dos anteriores → critério de exclusão

2.3 Qual o escore da escala CDR?

1 - 2 → Critério de inclusão

Outro → Critério de exclusão

2.4 Qual a idade de diagnóstico? _____

2.5 Possui outras doenças diagnosticadas?

não

sim → Quais? _____

(critério de exclusão: insuficiência cardíaca ou arritmia cardíaca graves; evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada. Para galantamina: contraindicada em casos de insuficiência hepática ou renal graves)

2.6 Quais os medicamentos já utilizados para a doença de Alzheimer?

2.7 Faz uso de outros medicamentos? não sim → Quais?

Nome comercial	Nome genérico	Dose total/dia e via	Data de início	Prescrito
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

2.8 Apresentou reações alérgicas a medicamentos?

não

sim → Quais? A que medicamentos? _____

3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Escores	Inicial	3º mês	9º mês	15º mês
Data prevista				
Data				
MEEM				
CDR				

3.1 Apresentou melhora ou estabilização do MEEM e da CDR?

não → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (critério para suspensão do tratamento)

sim → Dispensar

Para galantamina

Exames*	Inicial	3º mês	6º mês	9º mês	12º mês
Data prevista					
Data					
Creatinina					
TGO/AST					
TGP/ALT					

* A periodicidade dos exames fica a critério médico.

3.2 Para galantamina: exames laboratoriais com alterações significativas?

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente

3.3 Apresentou sintomas que indiquem eventos adversos? (preencher Tabela de Eventos adversos – Anexo I)

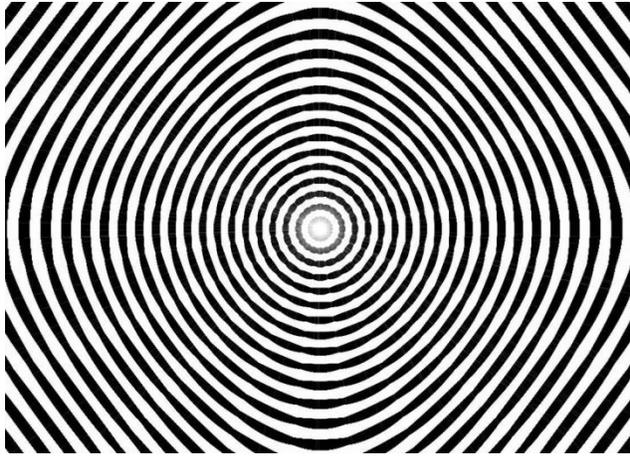
não → Dispensar

sim → Passar para a pergunta 3.4

3.4 Evento adverso necessita de avaliação do médico assistente?

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente



Estados Confusionais agudos (*Delirium*)

Protocolo clínico

Biaze Manger Knoll
Alan Indio Serrano
Guilherme Mello Vieira
Anna Paula G. Macarini
Daiane S. Rotava

e Grupo Consultores do QualISUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Síndrome mental orgânica aguda na qual o comprometimento cognitivo é relativamente global. O *delirium*, com frequência, é reversível. Sua evolução é, normalmente, rápida.

A palavra *delirium*, usada na sua forma latina, representa diversos tipos de estados transitórios de confusão mental, marcados por perturbações da consciência, distúrbio psicomotores e alterações dos padrões de sono e vigília. Não se deve confundir “*delirium*” com “delírio” (alteração do pensamento que consiste em uma crença errônea irredutível, sem compartilhamento social e impermeável a argumentos lógicos).

Há distintos níveis de gravidade dos estados confusionais agudos, de formas leves a muito graves, como no estado confusional não alcoólico, a psicose infecciosa, e síndromes cerebrais e psico-orgânicas (agudas e subagudas).

Também podem ocorrer em quadros relacionados ao álcool etílico e a outras substâncias psicoativas. Nos casos em que a causa for álcool ou outras substâncias, deve-se usar o protocolo de acolhimento especificamente voltado a substâncias químicas e o protocolo clínico voltado ao alcoolismo.

Ficam, portanto, excluídos deste protocolo os quadros de *delirium* por abuso ou síndrome de abstinência de substâncias psicoativas. Tais situações, porém, devem ser pensadas, na hora de se fazer o diagnóstico diferencial.

Os medicamentos mais facilmente envolvidos no aparecimento de um *delirium* são principalmente aqueles com atividade anticolinérgica (antidepressivos tricíclicos e anti-histamínicos). Os benzodiazepínicos, os inibidores dos receptores H₂, os digitálicos, a furosemida, os glicocorticoides, os opioides e os anti-inflamatórios associam-se menos frequentemente.

O aumento da meia-vida de muitos benzodiazepínicos em pacientes idosos causa acúmulo e incremento da concentração sérica, facilitando a indução de *delirium*.

Todos os anti-inflamatórios não-esteroides podem ser indutores de *delirium*, especialmente a indometacina. O ácido acetilsalicílico, em altas doses, incorre no mesmo risco.

O *delirium* é agudo, com importante comprometimento da consciência. A demência é crônica, geralmente sem comprometimento importante da consciência. Contudo, pode ocorrer, transitoriamente, um *delirium* superposto a um quadro de demência⁴².

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F05 Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

Síndrome cerebral orgânica sem etiologia específica caracterizada pela presença simultânea de perturbações da consciência e da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções e do ritmo vigília-sono. A duração é variável e a gravidade varia de formas leves a formas muito graves.

Inclui: estado confusional (não alcoólico), psicose infecciosa, síndrome cerebral psico-orgânica.

Exclui: *delirium tremens* induzido pelo álcool ou não especificado (F10.4)

F05.0 Delirium não superposto a uma demência, assim descrito

F05.1 Delirium superposto a uma demência

Afeções que satisfazem os critérios acima mas sobrevivendo no curso de uma demência (F00-F03).

F05.8 Outro delirium

Delirium de etiologia mista

F05.9 Delirium não especificado

3. DIAGNÓSTICO

Sintomatologia e avaliação

Havendo dúvida sobre ser o quadro derivado de intoxicação, deve-se recorrer ao Centro de Informações Toxicológicas (CIT), discutindo o caso com o toxicologista.

Como é um quadro de emergência ou de urgência, deve-se ter à mão possibilidades de suporte médico básico, incluindo proteção das vias aéreas, avaliação dos sinais vitais e exames laboratoriais para excluir condições tratáveis como infecções devem ser administrados.

O exame físico deve descartar a presença de rigidez de nuca. Um bom exame neurológico é fundamental, além da avaliação das funções psíquicas.

⁴² TRZEPACZ, P.T. et al. Is *delirium* different when it occurs in dementia? A study using the *delirium* rating scale. **J Neuropsychiatry Clin Neurosci**, 1998;10:199-204. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9608409>>.

A ausculta pulmonar e cardíaca são imprescindíveis. Em algumas situações a punção lombar (raque) poderá ajudar no diagnóstico.

Será necessário solicitar exames laboratoriais (hemograma completo, VHS, sódio, cloretos, cálcio, magnésio, fósforo, ureia, creatinina, glicose, função hepática, T4 livre, TSH). O eletrocardiograma (EEG) mesmo não sendo útil para o diagnóstico, pode auxiliar a identificar alterações associadas a encefalopatia e para descartar *status epilepticus* não convulsivo. Neuroimagem não é indicada de rotina, porém pode ter um papel no diagnóstico, caso haja suspeita importante de doença neurológica de diagnóstico não evidente pelo exame físico.

Também se deve solicitar exame comum de urina e urocultura.

É interessante solicitar exame para lues, para HIV e fator antinuclear (FAN). Casos mais demorados e complexos exigirão eletroencefalografia (EEG), tomografia computadorizada da cabeça e arteriografia.

Existe maior risco na presença de uma condição médica subjacente e na concomitância de drogas (intoxicação ou abstinência álcool, anfetamina, cocaína, crack, opioides, barbitúricos, benzodiazepínicos e inseticidas organofosforado). Deve-se, pois, fazer um rastreamento toxicológico.

Também há risco por idade avançada, múltiplas complicações clínicas, polifarmácia, doença em estágio terminal, privação sensorial e privação de sono.

Os sintomas diferem segundo a doença básica, que deu origem ao quadro de *delirium*. Na quase totalidade dos casos ocorre:

- 1) Início agudo de alterações do estado mental;
- 2) Curso flutuante, com sintomas intermitentes e variáveis;
- 3) Dificuldades para prestar atenção ou variações grandes nos níveis de atenção;
- 4) Pensamento desorganizado;
- 5) Nível alterado de consciência;
- 6) Agitação intermitente;
- 7) Confusão mental em graus variáveis (com dificuldades mnésicas, alterações da sensopercepção, desorientação espaciotemporal e, eventualmente, desorientação autopsíquica).

Pode-se usar o método de avaliação da confusão mental para unidades de tratamento intensivo (*Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*), conhecido pela sigla CAM-ICU⁴³. É um método validado, de boa especificidade e boa sensibilidade⁴⁴.

Para um perfeito diagnóstico do *delirium* deve-se, de forma combinada, monitorar a sedação e monitorar o *delirium*. O método CAM-ICU tem duas etapas para realizar a avaliação da consciência. A primeira etapa avalia a sedação. A sedação é quantificada pela escala de agitação e sedação de Richmond (*Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS*). Se o RASS for superior a -4 (indo de -3 até +4), entra-se na segunda etapa: a avaliação do *delirium*.

Alguns pacientes não conseguem progredir até a segunda etapa. Não são, portanto, testados com o restante da avaliação CAM-ICU.

⁴³ PESSOA, R.F.; NÁCUL, F.E. *Delirium* em Pacientes Críticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** Vol. 18 Nº 2, Abril – Junho, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a13v18n2>>.

⁴⁴ MORI, Satomi; KASHIBA, Kelly I ; SILVA, Daniela Veruska ; ZANEI, Suely Sueco Viski ; WHITAKER, Iveth Yamaguchi . Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva. Revisão de literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, p. 58-64, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2009000100009&script=sci_arttext>.

Escala de agitação e sedação de Richmond (Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS).

Procedimento da medida do RASS:

Observar o paciente

Paciente está alerta, inquieto ou agitado. (0 a +4)

Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir para ele abrir os olhos e olhar para o profissional.

Paciente acordado com abertura de olhos sustentada e realizando contato visual. (-1)

Paciente acordado realizando abertura de olhos e contato visual, porém breve. (-2)

Paciente é capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual. (-3)

Quando paciente não responde ao estímulo verbal realizar estímulos físicos.

Paciente realiza algum movimento ao estímulo físico. (-4)

Paciente não responde a qualquer estímulo. (-5)

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento; perigoso.
+3	Muito agitado	Conduta agressiva; remoção de tubos ou cateteres.
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes.
+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos.
0	Alerto, calmo	
-1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (> 10 seg).
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10 seg).
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física.
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.

Fonte: PESSOA, NACUL, 2006, baseado em ELY et al, 2001.

Manual CAM-ICU para o diagnóstico do *delirium*.

CAM-ICU – Características e Descrições		Ausente	Presente
Característica 1: Início agudo ou curso flutuante			
A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?			
ou			
B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a ir e vir, ou aumentar ou diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (p. ex.: RASS), Glasgow, ou avaliação de <i>delirium</i> prévio?			
Característica 2: Falta de atenção			
A. O paciente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a 8, quer no componente visual quer no componente auditivo do Teste de Atenção (<i>Attention Screening Examination - ASE</i>)?			
Característica 3: Pensamento desorganizado			
Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorretas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:			
Questões (alternar conjunto A e conjunto B)			
Conjunto A			
1. Uma pedra pode flutuar na água ?			
2. Existem peixes no mar?			
3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?			
4. Pode-se usar um martelo para pesar uma agulha ?			
Conjunto B			
1. Uma folha pode flutuar na água?			
2. Existem elefantes no mar?			
3. Dois quilos pesam mais do que um quilo ?			
4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?			
Característica 4. Nível de consciência alterado			
O nível de consciência do paciente é outro qualquer que não o alerta*, tal como o vigi**, letárgico*** ou estuporoso**** ? (p. ex.: RASS diferente de "0" na altura da avaliação)			
CAM-ICU Global (Características 1 e 2 e quer característica 3 ou 4)		Sim	Não

*Alerta: completamente ciente do ambiente, e inter- atua apropriadamente de forma espontânea.
 ** Vigilante: hiper-alerta. ***Letárgico: sonolento mas facilmente despertável, não está ciente de alguns elementos do ambiente ou não interage de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interage apropriadamente quando estimulado minimamente. ****Estuporoso: completamente alheado mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior de não despertável. Retirado de Ely EW e col. 2001 *.

Fonte: PESSOA, NACUL, 2006, baseado em ELY et al, 2001.

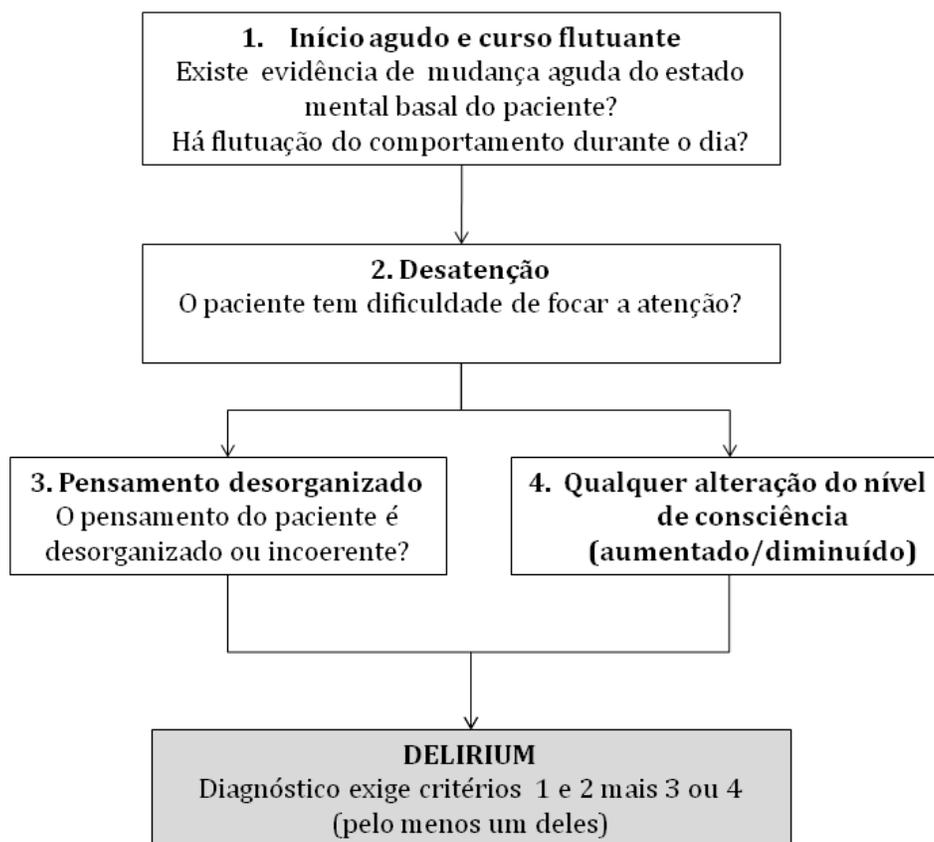
Os que chegam à segunda etapa e conseguem abrir os olhos apenas através de estimulação verbal, sem completar os componentes do teste de atenção, são considerados com falta de atenção.

A escala de agitação e sedação de Richmond (*Richmond Agitation and Sedation Scale - RASS*), primeira etapa do método, é apresentada na sequência, com a forma de interpretar a pontuação.

Pode-se usar figuras padronizadas, assim como o teste auditivo de atenção (com letras), para avaliar a hipoproséxia, a hipotenacidade e a hipovigilância do paciente (nos anexos, ao final).

A sequência do método é representada no diagrama seguinte.

Diagrama de Fluxo do Método CAM-ICU.



Fonte: Adaptado de ELY, E.W. et al. 2001⁴⁵.

Delirium por exposição a substâncias químicas neurotóxicas industriais

No que se refere aos quadros relacionados a atividades laborativas (ocupacionais), o protocolo do INSS sugere a observação dos seguintes critérios, na hipótese

⁴⁵ ELY, E.W.; INOUE, S.K.; BERNARD, G.R. et al - *Delirium* in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 2001;286:2703-2710. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194422>>.

de possível nexos entre o transtorno e as atividades laborativas⁴⁶: perturbação da consciência (isto é, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente), com diminuição da capacidade de direcionar, focalizar, manter ou deslocar a atenção; alteração na cognição, tal como déficit de memória, desorientação, perturbação de linguagem ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que não é explicada por uma demência pré-existente, estabelecida ou em evolução; a perturbação se desenvolve ao longo de um curto período de tempo (horas a dias) com tendência a flutuações no decorrer do dia; existência de evidências a partir da história, exame físico, ou achados laboratoriais de que a perturbação é consequência direta ou indireta, associada a uma situação de trabalho.

Quadros de *delirium* têm sido encontrados entre os efeitos da exposição ocupacional às substâncias químicas tóxicas⁴⁷, especialmente o brometo de metila (brometano), que é um pesticida⁴⁸, e o sulfeto (ou dissulfeto) de carbono, que é um solvente industrial e laboratorial⁴⁹. Em trabalhadores comprovadamente expostos a estas substâncias químicas neurotóxicas, entre outras, o diagnóstico de *delirium* relacionado com o trabalho, excluídas outras causas não ocupacionais, permite enquadrar esta doença no Grupo I da Classificação de Schilling, ou seja, o “trabalho” ou a “ocupação” desempenham o papel de “causa necessária”.

Outras Causas

O *delirium*, frequentemente, está associado a doenças que se manifestam com o formato de síndrome cerebral psico-orgânica. Ocorre queda momentânea das funções mentais devida a um problema que, originalmente, não é de ordem psiquiátrica. Os principais problemas que podem estar associados ao *delirium* são:

I. Lesão cerebral causada por traumatismo:

- I.a. Acidente vascular cerebral hemorrágico (hemorragia intracerebral)
- I.b. Sangramento em espaço subjacente ao cérebro (hemorragia subaracnóidea)
- I.c. Coágulo sanguíneo intracraniano causando pressão sobre a massa (hematoma subdural)
- I.d. Comoção cerebral (perda de consciência, e às vezes da memória, de curta duração que se produz depois de uma lesão cerebral e que não causa qualquer lesão orgânica evidente).

⁴⁶ INSS. **Protocolo de procedimentos médico-periciais** n.º. 5.1. Rio de Janeiro: Ministério da Previdência; Instituto Nacional do Seguro Social, 201_.

⁴⁷ OLSON, Kent R. **Manual de Toxicologia Clínica**. 6ª edição. Porto Alegre: AMGH Editora, 2014. Disponível em:
<http://books.google.com.br/books?id=xLg6AgAAQBAJ&pg=PA169&lpg=PA169&dq=brometo+de+metila+delirium&source=bl&ots=N07g9FFibn&sig=ArIr_bJ3xnkTM5758wb8_larqPY&hl=pt-BR&sa=X&ei=-SDeU-6yFIGayASp74LADA&ved=0CEsQ6AEwCQ#v=onepage&q=brometo%20de%20metila%20delirium&f=false>.

⁴⁸ O brometo de metila é um gás redutor da camada de ozônio estratosférica. Com o Protocolo de Montreal sua produção e uso foram descontinuados em etapas. Era amplamente usado como inseticida e nematicida com efeito fungicida, acaricida, rodenticida, herbicida (para sementes em germinação). Era usado para desinfetar e esterilizar solos (matava sementes de todas as espécies, especialmente na preparação de campos de golfe), fumigar cereais, proteger mercadoria armazenada, desinfetar depósitos e moinhos (em especial contra o gorgulho dos grãos e a traça da farinha) como gás não combinado ou combinado com dióxido de carbono ou dibrometo de etileno.

⁴⁹ O sulfeto de carbono é um solvente para ceras, óleos, lacas e resinas, e é utilizado como um lubrificante de chamas para cortar vidros. Ele é empregado na vulcanização a frio da borracha e na indústria petroquímica. É um componente de certos tipos de inseticidas, parasiticidas e herbicidas. É empregado também na indústria têxtil, para a fabricação de celofane e de rayon (seda artificial) pelo processo da viscose. Esta última exposição ocupacional é a que mais tem sido associada à produção de danos à saúde do trabalhador na experiência brasileira.

II. Afecções respiratórias

- II.a. Hipoxia (déficit de oxigênio)
- II.b. Hipercapnia (altos níveis de dióxido de carbono)

III. Transtornos cardiovasculares:

- III. a. Demência devida a uma sequência de acidentes cerebrovasculares (multinfartos)
- III. b. Infecções cardíacas (endocardites, miocardites)
- III.c. Acidente cerebrovascular
- III. d. Acidente isquêmico transitório

IV. Transtornos degenerativos (demenciais):

- IV.a. Mal de Alzheimer (demência senil de tipo Alzheimer)
- IV. b. Doença de Creutzfeldt-Jacob
- IV.c. Demência difusa por corpos de Lewy
- IV. d Doença de Huntington
- IV. e. Esclerose múltipla
- IV. f. Hidrocefalia normotensiva
- IV. g. Mal de Parkinson
- IV. h. Doença de Pick

V. Encefalopatias de origem metabólica:

- V. a. Doenças renais
- V.b. Doenças hepáticas
- V.c. Doenças da tireoide (hipertireoidismo e hipotireoidismo)
- V.d. Deficiência de vitaminas (B1, B12)

VI. Transtornos relacionadas ao consumo de álcool ou outras substâncias psicoativas:

- VI.a. Estado de abstinência do álcool etílico
- VI.b. Intoxicação por substâncias químicas
- VI.c. Síndrome de Wernicke-Korsakoff (consequência do consumo excessivo de álcool associado a desnutrição)
- VI.d. Suspensão de consumo de drogas (especialmente hipnóticos, sedativos e corticoides).

VII. Infecções

- VII.a. Infecções agudas ou crônicas
- VII.b. Septicemia
- VII.c. Encefalite
- VII.d. Meningite
- VII.e. Sífilis em fases avançadas

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

O local ideal para tratar os casos de *delirium* é o hospital geral. Muitos casos de curta duração têm a sua parte mais crítica resolvida quando ainda estão no setor de emergência de um hospital. O fato de haver sintomas psiquiátricos provoca encaminhamentos errôneos, diretamente a hospitais psiquiátricos que, geralmente, não têm estrutura adequada para atender um caso deste tipo.

5. TRATAMENTO

Deve-se buscar a causa do *delirium* e instituir tratamento voltado a ela, e não apenas aos sintomas. Logo, o tratamento visa a doença ou condição específica que está causando a síndrome. Visa, também, controlar ou reverter suas manifestações.

Deve-se abordar possível insuficiência cardíaca, hipóxia, hipercapnia, alterações tireoidianas, anemia, desordens nutricionais, infecções, insuficiência renal, insuficiência hepática. Deve-se investigar a presença de outros transtornos psiquiátricos, capazes de influenciar o quadro, agravando e mimetizando alguns sintomas. A correção destas anormalidades geralmente melhora o funcionamento cerebral.

Medidas não farmacológicas são importantes para todos os pacientes em *delirium*. Incluem reorientação e intervenção comportamental. Os cuidadores devem usar instruções claras, incluindo frequente contato visual com os pacientes. Limitar maiores mudanças na enfermaria ou quarto, assim como na equipe de cuidadores. A contenção mecânica deve ser evitada, pois leva à redução da mobilidade, aumento da agitação, aumento do risco de lesões e prolongamento do *delirium*⁵⁰.

O tratamento do *delirium* pode incluir medidas como a flexibilização do horário de visitas para permitir a presença de cuidadores íntimos do paciente, redução de ruídos e iluminação noturna, para dar mais conforto ao paciente. Os cuidados da dor, se houver, com analgésicos, são fundamentais.

Como regra, não se indica benzodiazepínicos (exceto quando o *delirium* for alcoólico)⁵¹ e nem rivastigmina⁵². A mistura proposital de benzodiazepínico com haloperidol não tem fundamentos científicos⁵³.

O controle de comportamentos agressivos ou agitados, capazes de causar danos ao paciente e aos profissionais de saúde envolvidos, é tratável por haloperidol⁵⁴. Geralmente a dose de 0,5 a 2 mg via oral ou intramuscular, 2 vezes por dia, é suficiente⁵⁵. Mais raramente, 5 mg podem ser adequados a um paciente grande, pesado e muito agitado. Pode-se aumentar, dependendo da intensidade dos sintomas e da resposta ao fármaco. Em idosos, sugerem-se doses menores, de 0,25 a 0,5 mg, examinando o coração, pois há risco de *torsades de points*.

⁵⁰ APA. American Psychiatry Association. **Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos:** compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed, 2006.

⁵¹ LONERGAN, E.; LUXENBERG, J.; AREOSA SASTRE, A. Benzodiazepines for delirium. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 4. Art. No.: CD006379. DOI: 10.1002/14651858.CD006379.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD006379.pub3>>.

⁵² VAN EIJK, Maarten et al. Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: a multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. **The Lancet**, 27 November 2010, Vol. 376, Issue 9755, Pages 1829-1837. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61855-7. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961855-7/fulltext>>.

⁵³ SKROBIK, Yoanna. Can critical-care delirium be treated pharmacologically? **The Lancet Respiratory Medicine**, 1 September 2013, Vol. 1, Issue 7, Pages 498-499. DOI: 10.1016/S2213-2600(13)70178-4. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600%2813%2970178-4/fulltext>>.

⁵⁴ PAGE, Valerie J. et al. Effect of intravenous haloperidol on the duration of delirium and coma in critically ill patients (Hope-ICU): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. **The Lancet Respiratory Medicine**, 1 September 2013 (Vol. 1, Issue 7, Pages 515-523). DOI: 10.1016/S2213-2600(13)70166-8. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600%2813%2970166-8/fulltext>>.

⁵⁵ GROVER.S.: KUMAR, V.; CHAKRABARTI,S. Comparative efficacy study of haloperidol, olanzapine and risperidone in delirium. **J Psychosom Res.** 2011 ;71:277-81Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21911107> >.

O haloperidol é recomendado nas diretrizes oficiais britânica, australiana e suíça, como a primeira linha no tratamento sintomático do delirium⁵⁶. É recomendado também na diretriz da American College of Critical Care Medicine⁵⁷.

Na falta de haloperidol, a clorpromazina pode também ser usada, como segunda escolha, com bons efeitos. Em caso de comprometimento hepático ela deve ser evitada.

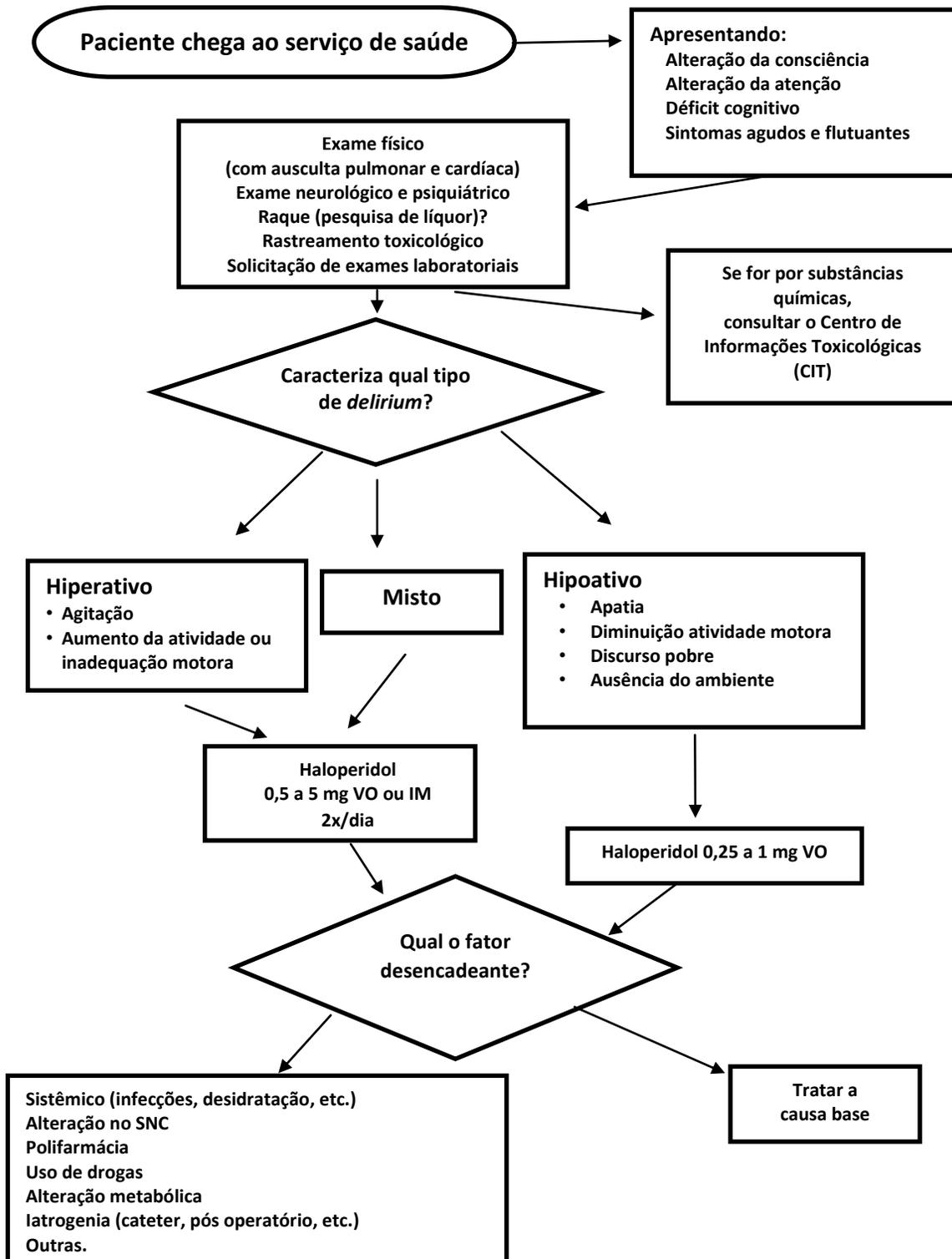
Há boas evidências de que tratamentos breves, com doses pequenas de neurolépticos podem aliviar os sintomas⁵⁸. O alvo do tratamento, contudo, deve ser a causa dos sintomas, se for possível identificá-la. O uso prolongado de neurolépticos pode levar a uma baixa de consciência, agravando os sintomas, especialmente em idosos.

⁵⁶ FOSNIGHT, Sue. Delirium in the elderly. **PSAP-VII Geriatrics**, American College of Clinical Pharmacy, 2014. Disponível em: <<https://www.accp.com/docs/bookstore/psap/p7b07.sample02.pdf>>.

⁵⁷ BARR, Juliana et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. **Critical Care Medicine**, January 2013, Volume 41, Number 1. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72. Disponível em: <<http://www.learnicu.org/SiteCollectionDocuments/Pain,%20Agitation,%20Delirium.pdf>>.

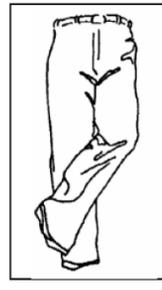
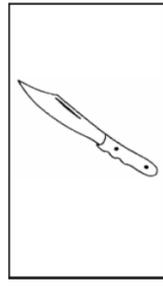
⁵⁸ MEAGHER, David J., et al. What Do We Really Know About the Treatment of Delirium with Antipsychotics? Ten Key Issues for Delirium Pharmacotherapy. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, Volume 21, Issue 12, Pages 1223–1238, December 2013. Disponível em: <<http://www.ajgponline.org/article/S1064-7481%2812%2900051-6/pdf>>.

6 Algoritmo

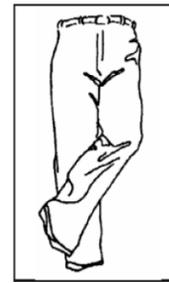
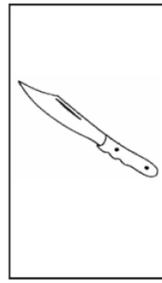
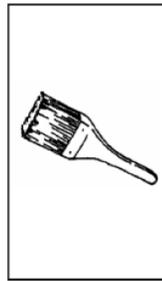
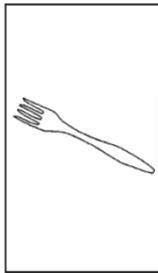


Anexo I – Teste de Atenção Visual por Figuras

Mostre estas 5 figuras ao paciente por 3 segundos cada.



Mostre estas 10 figuras ao paciente por 3 segundos cada.



Passo 1: 5 figuras

Orientações: Diga ao doente, “Sr. ou Sra. _____, vou mostrar-lhe figuras que representam alguns objetos comuns.

Observe-os com atenção e tente recordar-se de cada figura porque vou perguntar-lhe quais foram as figuras que viu. A seguir mostre o passo 1 quer do conjunto A quer do conjunto B, alternando diariamente se forem feitas várias medições.

Mostre as primeiras 5 figuras durante 3 segundos cada uma.

Passo 2: 10 figuras

Orientações: Diga ao doente, “Agora vou mostrar-lhe mais algumas figuras. Algumas delas já as viu e algumas são novas.

Indique se já viu ou não estas fotografias abanando a cabeça para sim (demonstrar) ou não (demonstrar). A seguir mostre 10 figuras (5 novas e 5 repetidas) durante 3 segundos cada.

(Passo 2 do conjunto A ou B, dependendo do que foi usado no passo 1 anterior).

Pontuação: este teste é pontuado pelo número de respostas “sim” ou “não” corretas durante o segundo passo (dentro de 10 possíveis). Com vista a melhorar a visibilidade para os doentes mais idosos, as imagens são imprimidas em tamanho 6x10 em papel colorido e laminadas com acabamento mate.

Nota: Se o doente usa óculos assegurar que ele os tem colocado quando da realização do teste visual.

O resultado do teste é dado pela soma das respostas “sim” e “não” corretas durante o segundo passo. (x corretas em 10)

Nível de consciência alterado

O nível de consciência do doente é outro qualquer que *não o alerta*, tal como o vigil, letárgico ou estuporoso? (i.e., RASS diferente de “0” na altura da avaliação)

Alerta completamente ciente do ambiente, e interactiva apropriadamente de forma espontânea

Vigilante hiperalerta

Letárgico sonolento mas facilmente despertável, não ciente de alguns elementos do ambiente ou não interactiva de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interactiva apropriadamente quando estimulado minimamente

Estuporoso completamente alheado mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo estuporoso volta para o estado anterior de não despertável

Anexo II – Teste de Atenção Auditivo por Letras

Orientações: Diga ao doente: “Vou ler-lhe uma série de 10 letras. Sempre que ouvir a letra “A”, indique-me apertando a minha mão.” Leia as seguintes 10 letras num tom de voz normal (suficientemente alto para ser ouvido acima do ruído da UCI) à velocidade de uma letra por segundo.

S A H E V A A R A T

Pontuação: Os erros são contados quando o doente falha no aperto de mão quando da letra “A” e quando o doente aperta a mão em qualquer outra letra que não a “A”.

Transtornos por substâncias psicoativas

Protocolo de acolhimento



Detalhe de “Em um Café, ou o Absinto”, de Edgar Degas, 1873.

Evelyn Cremonese
Alan Indio Serrano
Tadeu Lemos
Jair Abdon Ferracioli
Daiane S. Rotava

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

O problema do abuso de drogas lícitas e ilícitas tem várias facetas. É intersetorial, envolvendo as áreas de educação, segurança, justiça e cidadania, assistência social e saúde. Um documento que pode dar uma visão de conjunto aos iniciantes é o livro *Prevenção ao uso de Drogas*, da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)⁵⁹. Profissionais da saúde podem indicá-lo a pessoas que trabalham em outros setores e mostram interesse no tema.

As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de álcool, tabaco e outras drogas são bem conhecidas e, cada vez mais, abordadas no rol dos problemas

⁵⁹ BRASIL. Ministério da Justiça. *Prevenção do uso de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. 5ª. ed. Brasília: SENAD, Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas, 2013. Disponível em: <http://www.conseg.pr.gov.br/arquivos/File/Livro_completo_SENAD5.pdf>.

de saúde pública. São também abordadas na medicina legal e na psiquiatria forense, pois o volume de crimes e infrações ligados ao abuso de drogas é muito grande⁶⁰.

No Brasil, cerca de 18.000 adolescentes e 1 milhão de adultos experimentaram cocaína fumada (crack ou oxi), pelo menos uma vez, ao longo do ano de 2012. No mesmo ano, mais de 2,5 milhões de pessoas experimentaram, pelo menos uma vez, a cocaína em pó, aspirada. O uso regular de álcool, pelo menos uma vez por semana, ocorre em 63% dos homens e em 53% das mulheres, o que demonstra haver uma população em risco, para o etilismo, muito grande. Os tabagistas são 21,4% da população masculina brasileira e 12,8% da feminina⁶¹.

Apesar dessa realidade, o uso nocivo e a dependência de substâncias psicoativas ainda são pouco compreendidos. Boa parte dos dependentes químicos entra em contato com o sistema de saúde, devido a complicações decorrentes do seu consumo, sem pensarem em parar o consumo da substância psicoativa. Nas unidades básicas são atendidos por profissionais de saúde generalistas. É comum que equipes itinerantes, de consultório na rua, entrem em contato com dependentes químicos que demandem da equipe, inicialmente, apenas soluções para problemas de saúde física como pneumonia, dor nos dentes, feridas nas pernas, doenças venéreas e diarreia, recusando falar sobre a dependência.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F10-F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa:

- F10 – álcool etílico
- F11 - opiáceos
- F12 - canabinóides
- F13 - sedativos e hipnóticos
- F14 - cocaína
- F15 - outros estimulantes, inclusive a cafeína
- F16 – alucinógenos
- F17 - fumo
- F18 - solventes voláteis
- F19 - outras substâncias psicoativas

Após diagnosticar a existência de transtorno por alguma substância psicoativa, o médico precisará identificar se ele cabe em um dos quadros abaixo. Tais especificações entram na classificação, como um dígito após o ponto:

0 Intoxicação aguda

Estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com outras intoxicações, por envenenamento.

⁶⁰ CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. Borba. Álcool, drogas e crime. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, supl. 2, Oct. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600004&lng=en&nrm=iso>.

⁶¹ INPAD. UNIAD. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**, 2012. [Ronaldo Laranjeira (superv.) et al.]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/resultados/relatorio-final/>>.

1 Uso nocivo para a saúde

Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool). É um quadro de abuso da substância psicoativa.

2 Síndrome de dependência

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. É denominada alcoolismo crônico, etilismo crônico, dipsomania.

3 Síndrome de abstinência (ou estado de abstinência)

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

4 *Delirium tremens*

Síndrome de abstinência complicada pela ocorrência de *delirium*. É um estado de confusão mental, com alterações da consciência, da atenção, da sensopercepção, da orientação e da memória. Pode comportar convulsões.

5 Transtorno psicótico

Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranoide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave. São os casos de alucinose alcoólica, de celotipia e paranoia etílica.

6 Síndrome amnésica (ou amnésica, ou confabulatória)

Alterações crônicas importantes da memória (para fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação (imaginação ou lembranças isoladas e desconexas completando as falhas de memória) As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios. Inclui os casos de psicose de Korsakov, a síndrome de Wernike, a doença de Marchiafava-Bignami e outros transtornos amnésicos induzido pelo álcool.

7 Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia

Transtorno raro, no qual as modificações, induzidas pelo álcool, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância.

3. CRITÉRIOS E AVALIAÇÃO

Dificuldades de acesso atuais, próprias dos quadros de abuso de drogas

O acolhimento de dependentes químicos tanto pode ser uma tarefa fácil – quando o usuário é voluntário e está pedindo, conscientemente, ajuda – quanto pode ser

complicado e trabalhoso. Há casos de usuários, muitas vezes trazidos por familiares, por assistentes sociais ou pelo Judiciário, não colaborativos para com os profissionais. Grande parte das pessoas que abusa de drogas usa mecanismos psíquicos de negação, distorcendo a descrição dos fatos, a fim de não deixar de consumir a substância química.

Quando se fala de acolhimento, no campo da saúde, normalmente se pensa numa dimensão espacial (a recepção administrativa e o ambiente adequado), ou numa ação de triagem administrativa e de repasse de encaminhamentos para serviços especializados⁶². A relação montada entre dependentes químicos e funcionários de serviços de saúde corre sempre o risco de se transformar em uma tentativa de passar o caso adiante, a outro serviço mais capacitado a montar uma relação que demonstre eficiência com rapidez. Muitas vezes os profissionais não sabem para onde encaminhar.

Em alguns setores da população, o fato de não saber onde buscar ajuda, define erroneamente o hospital psiquiátrico de referência como a porta de entrada do sistema. Buscam nele um serviço ambulatorial ou um albergue para toxicômanos, capaz de aliviar as tensões sociais criadas ao interno da família. Mesmo alguns funcionários de órgãos públicos caem neste engano. Nada disto faz parte das funções hospitalares.

O ideal, a ser paulatinamente construído no SUS, é o de que possam ser elaborados projetos terapêuticos individuais, adequados ao momento do atendimento, à capacidade do serviço, e à fase do problema vivido pelo paciente. Mas o sistema de saúde precisa também evoluir para montar projetos terapêuticos coletivos, envolvendo a família, os membros das relações sócio-afetivas do usuário e as instituições que possam ajudar. Esta idéia vai no sentido da horizontalização por linhas de cuidado, em rede, diminuindo o fluxo de circulação desordenada desta população, em serviços policiais (e dos bombeiros), em centros de assistência social e em unidades de saúde.

Diante de um paciente que entre em qualquer serviço do SUS, com demanda relacionada ao consumo de drogas psicoativas, os profissionais deverão distinguir entre o uso recreativo eventual, o uso nocivo (abuso) e a presença de dependência química⁶³.

Critérios da CID-10 para uso nocivo (abuso) de substância

O uso de álcool, tabaco e outras drogas, em qualquer padrão de consumo, pode trazer problemas para o indivíduo. Diante disso, o consumo de álcool em baixas doses e de pouca frequência, cercado das precauções necessárias à prevenção de acidentes relacionados, faz deste um “consumo de baixo risco”, também dito uso recreacional (que pode ser classificado como regular, quando ocorre 6 ou mais vezes por mês, ou eventual).

Há pessoas apresentando pequenos problemas transitórios de saúde relacionados ao uso de álcool ou de outras drogas (como sintomas de gastrite, sintomas depressivos por ressaca, alterações dos ritmos diários, dificuldades na alimentação, etc.). São pessoas que fazem um “uso de risco” da droga. A frequência também define o uso de risco.

⁶² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>.

⁶³ FHEMIG. **027 Acolhimento aos Usuários de Álcool e Drogas**. (Coleção Diretrizes clínicas, protocolos clínicos). Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <www.fhemig.mg.gov.br> e disponível também em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2ny9O7RZ5SAJ:www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/2506-027-acolhimento-aos-usuarios-de-alcool-e-drogas+&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.

Por exemplo, fumantes regulares, ainda sem complicações ou sequelas, são candidatos a problemas futuros.

Diante de situações de uso recreacional, de baixo risco, o usuário deve ser encaminhado a um aconselhamento breve.

Algumas pessoas que bebem eventualmente, mas são incapazes de controlar ou adequar seu modo de consumo, podem ocasionar problemas sociais (brigas, faltas no emprego), físicos (acidentes ou doenças) e psicológicos (heteroagressividade). Considera-se que tais indivíduos fazem um “**uso nocivo**” da droga.

Quando o consumo se mostra compulsivo e destinado a evitação de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e ou psicológicos, fala-se em “**dependência**”.

O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.

Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não ser aprovado por outra pessoa, pela cultura ter levado à conseqüências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.

O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool estiver presente.

Se o caso for classificado como de uso nocivo, deve-se aplicar a entrevista motivacional. O profissional deve avaliar o grau do abuso, segundo a substância usada, e se há mistura de mais de uma substância. Alguns casos merecem encaminhando para serviço especializado (CAPS, ambulatório de especialistas ou unidade básica que tenha prática e seja matriciada regularmente por supervisores de saúde mental). Quando o uso abusivo é muito grave, com síndrome de abstinência impossível de ser tratada ambulatorialmente ou em regime de internação domiciliar, cabe ao médico optar, por critérios clínicos, pelo encaminhamento a um hospital (para internação psiquiátrica) ou para um tratamento intensivo em CAPS AD. Os CAPS ADIII, tendo leitos e cobertura por equipes nas 24 horas do dia, podem dar conta de situações em que o hospital não precise ser obrigatório.

Critérios da CID-10 para dependência de substâncias

Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:

- (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- (c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- (e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;

(f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Avaliação

Uma boa avaliação inicial é importante, pois além estabelecer um diagnóstico adequado, pode ser decisiva para o engajamento do paciente, desencadeando o processo de mudança. A avaliação tem como principais objetivos:

- 1) coletar dados do indivíduo para o planejamento de seu cuidado;
- 2) investigar queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo;
- 3) investigar sua condição social e econômica.

A entrevista deve ser diretiva, acolhedora, empática, clara, simples, breve e flexível. O foco deve estar centrado no indivíduo e no uso de substâncias. Intervenções desse tipo auxiliam a motivação do paciente e melhoram o planejamento do tratamento. É importante que os técnicos amenizem as possibilidades de confrontos e estimulem mudanças compatíveis com o estado motivacional do paciente, utilizando o bom senso.

Os técnicos podem ter melhores resultados se trabalharem como grupo multiprofissional coeso. Há tarefas comuns, do grupo, e há trabalhos mais vinculados a uma ou a outra profissão. O psicólogo pode trabalhar fazendo a avaliação psicológica do usuário, montando grupos de dependentes, grupos de familiares, fazendo intervenções e sala de espera⁶⁴, facilitando a adesão, e muitas outras funções. Há funções que podem ser exercidas em parceria de psicólogo e médico, com boas vantagens⁶⁵. O enfermeiro tem um papel fundamental, não só nos serviços especializados, mas nas unidades básicas, com equipes de saúde da família⁶⁶. O assistente social pode participar ativamente do apoio à família e na abordagem da sua codependência, além de identificar os vínculos importantes ao processo de recuperação do dependente. Há vínculos sociais que precisam ser mantidos. Há vínculos que favorecem, mas estão enfraquecidos e precisam ser fortalecidos. Há vínculos estressores e que não contribuem para a reabilitação desses indivíduos e prejudicam, precisando ser

⁶⁴ CIRIBELLI, Elina Barros et al . Intervenção em sala de espera de ambulatório de dependência química: caracterização e avaliação de efeitos. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 16, n. 1, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 out. 2014.

⁶⁵ OCCHINI, Marli Ferreira; TEIXEIRA, Marlene Galativiciis. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 11, n. 2, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200012>.

⁶⁶ Vide:

BUCHELE, Fátima; COELHO, Elza Berger Salema; LINDNER, Sheila Rubia. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100033&lng=en&nrm=iso>.

SPRICIGO, Jonas Salomão; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu, SC. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2004 março-abril; 12(número especial):427-32. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea19.pdf>>.

MUNIZ, J.A. et al. Atendimento ao dependente químico na estratégia saúde da família. **Revista Uniandrade** v.11/n.02, Julho – Dezembro 2010. Disponível em: <<http://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/download/12/11>>.

enfraquecidos ou rompidos⁶⁷. O livro usado em cursos de capacitação, para profissionais da saúde e da assistência social, publicado pela SENAD, escrito com a colaboração de especialistas da URGS é uma introdução muito boa à temática e está disponível na internet⁶⁸.

Questões essenciais para a investigação do consumo de drogas psicoativas

- 1) O último episódio de consumo (tempo de abstinência)
- 2) A quantidade de substância consumida
- 3) A via de administração escolhida
- 4) O ambiente do consumo (se ocorre em festas, na rua, no trabalho, com amigos, com desconhecidos, sozinho, no lar)
- 5) A frequência do consumo nos últimos meses.

Sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas

- a) Faltas frequentes no trabalho e na escola
- b) História de trauma e acidente frequentes
- c) Depressão
- d) Ansiedade
- e) Hipertensão arterial
- f) Sintomas gastrointestinais
- g) Disfunção sexual
- h) Distúrbio do sono

Sinais físicos sugestivos do uso de álcool e drogas

- a) Tremor leve
- b) Odor de álcool
- c) Aumento do fígado
- d) Irritação nasal (sugestivo de inalação de cocaína)
- e) Irritação das conjuntivas (sugestivo de uso de maconha)
- f) Pressão arterial lábil (sugestivo de síndrome de abstinência de álcool)
- g) Taquicardia e/ou arritmia cardíaca
- h) "Síndrome da higiene bucal" (mascarando o odor de álcool)
- i) Odor de maconha nas roupas

Exames laboratoriais

Não há análises bioquímicas específicas para o tratamento de problemas orgânicos derivados do uso de álcool e de outras drogas. A dosagem das enzimas hepáticas pode contribuir com o diagnóstico dos transtornos relacionados ao consumo de álcool ou de estimulantes. As provas de função hepática são importantes para avaliar o quanto

⁶⁷ CAVALCANTE, Layana de Paula et al. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev Rene**. 2012; 13(2):321-31. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/215/pdf.>>.

⁶⁸ BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: SENAD; 2012. Disponível em: <[>](http://acolhimentoemrede.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Livro-Capacita%C3%A7%C3%A3o-SUS-SUAS.pdf#page=56).

o fígado está afetado: ALT ou TGP (alanina aminotransferase), AST ou TGO (aspartato aminotransferase), fosfatase alcalina, gama-GT ou gama-glutamiltanspeptidase e bilirrubinas.

Critérios de gravidade

Visando individualizar o diagnóstico e coletar subsídios para o planejamento terapêutico, após identificar os critérios de padrão de consumo de um indivíduo, o médico investiga alguns critérios de gravidade:

(a) Complicações Clínicas - Proporcionam critério objetivo da gravidade da dependência. Quando detectadas precocemente, muitas delas são passíveis de tratamento e recuperação completa, como a esteatose hepática no dependente de álcool. Alguns pacientes aceitam permanecer em tratamento devido à existência desses problemas clínicos, podendo estimular a buscar pela abstinência.

(b) Comorbidades Psiquiátricas - A melhora do transtorno psiquiátrico associado pode ser benéfica para a evolução do quadro de dependência estabelecido, além de estimularem uma maior busca por tratamento médico.

(c) Suporte Social - Melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas. Uma investigação completa deve abordar a situação do indivíduo no emprego e na família, a estabilidade do núcleo familiar e a disponibilidade desta para cooperar no tratamento do paciente. Caso não haja tal apoio, uma rede de suporte social deverá ser organizada.

Para cada indivíduo, cabem orientações específicas e atitudes compatíveis com o grau de problema. Em resumo, a avaliação inicial deve incluir:

- 1) Uma triagem breve e efetiva;
- 2) Uma descrição detalhada do problema;
- 3) A avaliação da motivação;
- 4) O diagnóstico precoce com uma investigação de comorbidade;
- 5) O plano de tratamento;
- 6) Avaliação de processo e resultados.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Recomenda-se que todo profissional de saúde investigue o uso de álcool e drogas nas pessoas atendidas, em qualquer local, com atenção especial aos adolescentes.

A avaliação inicial deve ser feita preferencialmente pela equipe de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Locais de Saúde ou Centros de Saúde, constituindo-se a porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde do usuário de álcool e outras drogas.

Intervenções breves, com uso de técnicas motivacionais, podem ser eficazes e aplicáveis por qualquer profissional de saúde. Técnicas de confronto devem ser evitadas.

A combinação de psicoterapia e farmacoterapia é mais efetiva. De acordo com a gravidade da síndrome de abstinência, a farmacoterapia deve ser administrada, principalmente nos casos de síndrome de abstinência alcoólica.

Em casos mais complexos a equipe de saúde da família (ESF) pode contar com o suporte das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF).

A família do paciente deve receber orientações e participar do tratamento. Além do acolhimento e aconselhamento da família pela equipe da unidade local de

saúde, pode-se também encaminhá-las para grupos de auto-ajuda como AL-ANON, NAR-ANON, Amor Exigente.

Quando a equipe de saúde da família ou o NASF constatar a necessidade de intervenções especializadas, o indivíduo pode ser encaminhado para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Quando for necessária internação hospitalar ou acolhimento em comunidade terapêutica, o CAPS fará a avaliação da indicação de tal procedimento, individualizando as opções de tratamento junto ao paciente e a seus familiares. Entre os principais fatores influenciando para a indicação de internação contam-se: ineficácia do tratamento ambulatorial incluindo tentativa de internação domiciliar com suporte da ESF/NASF e/ou CAPS na modalidade intensiva, alto risco de hétero ou autoagressão, como nas tentativas de suicídio.

Em situações de emergências e urgências médicas (tais como convulsões, coma, traumatismos graves, síndromes de abstinência graves, etc.), a equipe de saúde deverá acionar o SAMU (telefone: 192) ou encaminhar o usuário a um pronto-socorro hospitalar. Os prontos-socorros de hospitais gerais devem procurar se qualificar para o atendimento deste tipo de urgência e de emergência. A avaliação, de um ponto de vista médico geral é importantíssima para a confecção do diagnóstico, levando em conta que poderá haver comorbidades ou quadros confundidores (problemas renais, hepáticos, neurológicos, endócrinos, etc.).

Bases para a organização dos fluxos de encaminhamento

O paciente que chega a uma unidade básica de saúde com problemas relacionados ao uso de substâncias químicas deve ser acolhido e avaliado por um membro da equipe. Dependendo do caso será importante a entrevista com os acompanhantes ou a solicitação de contato com os familiares ou outras pessoas relevantes, se necessário. O ideal é que a abordagem inicial e o tratamento sejam de natureza interdisciplinar e multiprofissional⁶⁹.

A consulta médica definirá se o caso é, no momento, tão grave que precise ser enviado a um hospital. Definirá, em caso de não enviar a um hospital, se há necessidade de solicitar algum exame laboratorial.

Detectando que o problema advém do álcool etílico, deverá diagnosticar se há intoxicação alcoólica atual, síndrome de dependência e síndrome de abstinência etílica.

Detectando que o problema envolve derivados da coca, deverá identificar se ocorre uso de cocaína em pó – aspirada ou injetada – ou se há uso de crack. O exame médico deverá investigar se há dor torácica (pelo risco de isquemia miocárdica), hipertermia (com risco de rabdomiólise) e sinais de coagulopatia e acidose.

Deverá investigar se o paciente é transportador de cocaína ou de crack, empacotados, no tubo digestivo. Estes transportadores, a serviço do tráfico, são apelidados de “mulas” e estão em risco de ruptura dos pacotes, com potencial alto de intoxicação. Num caso destes, o serviço deve telefonar ao Centro de Informações Toxicológicas (CIT), usando o número **0800 643 5252**. O CIT pode ser melhor conhecido pela sua página eletrônica (<http://www.cit.sc.gov.br/site/>). É uma unidade pública de referência no Estado de Santa Catarina na área de toxicologia clínica, especializada em prover informações para o diagnóstico e tratamento de intoxicações e envenenamentos. Mantém um serviço de plantão 24 horas para informações específicas em caráter de urgência aos profissionais de saúde, principalmente

⁶⁹ CAFRUNI, Karine Hahn; BROLESE, Giovana; LOPES, Fernanda. Tratamentos Não Farmacológicos para Dependência Química. **Diaphora**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 10-19, set. 2014. ISSN 2238-9709. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/32/32>>.

médicos da rede hospitalar e ambulatorial e de caráter educativo/preventivo à população em geral.

Em caso de o problema estar relacionado ao consumo de crack fumado, o serviço deverá seguir o protocolo clínico para crack.

No caso de outras drogas, havendo protocolo clínico, deve-se segui-lo. Havendo interrogações sobre o grau de intoxicação, o CIT será sempre um recurso útil.

Casos duvidosos ou de características complexas deveriam ser encaminhados a um CAPS ou a uma unidade de saúde que seja alvo de matriciamento com especialistas em saúde mental. Nas cidades em que haja CAPS AD, este seria o melhor serviço para abordar o caso, até a sua estabilização.

Recomendações gerais às equipes de saúde

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) reforça, em documento técnico, as recomendações do National Institute on Drug Abuse (NIDA), dos Estados Unidos, baseadas em resultados de pesquisas^{70, 71}:

- 1.1 Não há um tratamento único, que seja apropriado para todos. É muito importante que haja uma combinação adequada entre tipo de ambiente, intervenções e serviços para cada problema e necessidade da pessoa, contribuindo para o sucesso do tratamento e para o retorno a uma vida produtiva na família, trabalho e sociedade.
- 1.2 O tratamento deve estar sempre disponível. Considerando que os dependentes químicos possam ter dúvidas sobre se iniciam ou não um tratamento, é muito importante aproveitar a oportunidade quando eles sinalizam estar prontos para o mesmo. Pode-se perder candidatos potenciais para o tratamento, caso este não esteja disponível imediatamente ou não seja acessível com facilidade.
- 1.3 O tratamento efetivo deve contemplar as várias necessidades da pessoa, não somente o seu uso de drogas. Para ser efetivo, o tratamento deve ser dirigido ao uso de drogas, mas também a qualquer outro problema médico, psicológico, social, profissional e jurídico da pessoa.
- 1.4 O plano de tratamento deve ser continuamente avaliado e, se for o caso, modificado para assegurar que se mantenha atualizado com as mudanças nas necessidades da pessoa. Um paciente pode necessitar de combinações de serviços que variam durante o tratamento e recuperação. Além do aconselhamento ou psicoterapia, o paciente pode necessitar também de medicamentos, outros serviços médicos, terapia familiar, orientação educacional (para os filhos), orientação vocacional e outros serviços sociais e/ou legais. É fundamental que o tratamento esteja apropriado a idade, sexo, grupo étnico e cultural do paciente.
- 1.5 É importante que o paciente permaneça durante um período adequado de tempo no tratamento. A duração apropriada do tratamento para uma pessoa depende de seus problemas e necessidades. As investigações indicam que na maioria das vezes, começa-se a se verificar uma melhoria significativa depois de três meses de tratamento. Quando se chega a este ponto, os tratamentos adicionais podem culminar em uma recuperação acelerada. Considerando que muitas pessoas abandonam cedo este processo, os programas devem incluir estratégias que comprometam e mantenham os pacientes no tratamento.

⁷⁰ SENAD. OBID. **Princípios de tratamento efetivo**: um guia baseado em pesquisas. Brasília: SENAD, 2014.

Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11416&rastr=TRATAMENTO%2FDepend%C3%Aancia+Qu%C3%ADmica/Defini%C3%A7%C3%A3o>.

⁷¹ NIDA. **Principles of drug addiction treatment**: a research-based guide. 3rd. ed.. Publication N° 00-4180.

Washington: National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health, 2012. Disponível em:

<<http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>>.

- 1.6 O aconselhamento (individual e/ou em grupo) e outros tipos de psicoterapias comportamentais são componentes indispensáveis do tratamento efetivo para a dependência. Durante a terapia, os pacientes tratam de seus problemas de motivação, desenvolvem habilidades para recusar o uso da droga. Substituem atividades em que se utilizavam das substâncias por outras úteis e construtivas em que não há o uso de drogas, e melhoram suas estratégias para a resolução de problemas. A psicoterapia comportamental também melhora as relações interpessoais e facilita a reinserção do indivíduo em sua família e na própria comunidade.
- 1.7 Para muitos pacientes, os medicamentos formam um elemento importante do tratamento, especialmente quando se combinam com os diferentes tipos de terapia.
- 1.8 No caso de indivíduos com problemas de dependência ou abuso de drogas que ao mesmo tempo apresentam outros transtornos mentais, deve-se tratar os dois problemas de uma maneira integrada. Frequentemente se vêem transtornos de dependência e outros transtornos mentais num mesmo indivíduo. Os pacientes que apresentam as duas condições devem ser avaliados e tratados conforme ambos os transtornos.
- 1.9 A desintoxicação médica é apenas a primeira etapa do tratamento para a dependência e, por si só, pouco faz para modificar o uso de drogas em longo prazo. A desintoxicação médica trata cuidadosamente de sintomas físicos agudos da síndrome de abstinência, que ocorrem quando se deixa de usar alguma droga. Ainda que a desintoxicação por si só raramente seja suficiente para ajudar as pessoas dependentes a conseguir abstinência em longo prazo, para alguns indivíduos serve como um precursor fortemente indicado para o tratamento efetivo da dependência de drogas.
- 1.10 O tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo. O tratamento pode ser facilitado pela forte motivação do paciente. Entretanto, medidas compulsórias ou recompensas dentro da família, do ambiente de trabalho ou do próprio sistema judiciário podem incrementar significativamente a porcentagem de indivíduos que entram e que se mantém no processo, bem como o sucesso do tratamento da dependência de drogas.
- 1.11 O uso de drogas durante o tratamento deve ser supervisionado constantemente. Durante o período de tratamento, há risco de recaídas ao uso de substâncias psicoativas. A supervisão objetiva do uso de drogas e álcool durante o tratamento, incluindo análise de urina ou outros exames, pode ajudar o paciente a resistir a seus impulsos de usar estas substâncias. Este tipo de supervisão também pode proporcionar uma evidência precoce do uso de drogas, para que o plano de tratamento do paciente possa ser reajustado. Informar os resultados aos pacientes, cujo resultado tenha sido positivo para o uso recente de substâncias, pode ser um elemento importante no processo de tratamento.
- 1.12 Os programas de tratamento devem incluir exames para HIV/AIDS, hepatite B e C, tuberculose e outras enfermidades infecciosas, conjuntamente com a terapia necessária para ajudar aos pacientes a modificar ou substituir aqueles comportamentos que os colocam a si e aos outros em risco de serem infectados. A terapia pode ajudar aos pacientes a evitar comportamentos de alto risco. Também pode ajudar as pessoas que já estão infectadas a manejar sua doença.
- 1.13 A recuperação da dependência de drogas pode ser um processo em longo prazo e freqüentemente requer várias tentativas de tratamentos. Tal como em outras doenças crônicas, a recaída pode ocorrer durante ou depois de tentativas exitosas de tratamento. Os pacientes podem necessitar de tratamentos prolongados e várias tentativas de tratamento para poder conseguir a abstinência em longo prazo e um funcionamento completamente reestabelecido. Participação em programas de auto-ajuda durante e depois do tratamento serve de apoio para a manutenção da abstinência.

TRATAMENTO

Para o tratamento dos casos que não envolvam urgências ou emergências, o tratamento é em regime comunitário (em CAPS, em unidades de atenção

básica ou em ambulatorios). Havendo necessidade, o médico deverá instituir uma terapia farmacológica, segundo protocolos próprios para o tipo de dependência. Em todos os casos de dependência indica-se o uso de técnicas de motivação, de aconselhamento e de intervenções breves, sumariamente descritas abaixo:

Criar motivação

O tratamento começa já na avaliação inicial, sendo o diagnóstico da dependência e da motivação um importante fator do processo de mudança de comportamento.

Na fase em que o indivíduo não reconhece os problemas que a bebida lhe causa, o profissional deve fazer com que avalie os riscos e benefícios de beber.

Quando o paciente pondera de forma mais clara os custos e benefícios do uso da bebida e considera mudar seu comportamento, o profissional deve ajudá-lo a avaliar situações de risco e encontrar estratégias de enfrentá-las, de forma eficiente.

Havendo concordância do usuário para enfrentar o tratamento voluntariamente, a equipe de saúde pode incentivar nele uma reflexão, fazendo com que ele, sua família e outras pessoas de vínculo afetivo próximo se perguntem:

- 1) Que tratamento pode me ajudar da melhor forma e por que? Se o médico disser que preciso internar em hospital para a desintoxicação, como vou lidar com minha impulsividade e minha mudança de opinião, para não evitar e nem fugir do tratamento? Se não preciso internar, como distinguir entre o tratamento ambulatorial, que me deixa um grande grau de liberdade e de responsabilidades, e a ida a uma comunidade terapêutica, que me afastará do convívio social temporariamente? Em caso de tratamento ambulatorial, como vou fazer para me comprometer com ele?
- 2) Quais são os prós e os contras de cada tipo de tratamento e de atividade que possa me ajudar a evitar o consumo da droga? Será possível eu escolher e me comprometer com um novo modo de vida? O que posso fazer para evitar a repetição de coisas que me levem à recaída?
- 3) Quais as vantagens e as desvantagens de fazer um tratamento ambulatorial, em CAPS ou em unidade sanitária, levando em conta o ambiente de minha casa e o tipo de apoio que posso ter?
- 4) Como eu me encaixaria num grupo de Alcoólicos Anônimos ou de Narcóticos Anônimos? Que outros grupos de auto-ajuda ou de incentivo existem na minha cidade ou na região?
- 5) Posso dar conta dos amigos que venham me convidar para usar a droga com eles? Quem pode me ajudar a trocar de amizades e a construir novo círculo social, onde a droga não seja usada e nem valorizada?
- 6) Se eu me sentir muito inseguro, ansioso ou depressivo, a quem posso me dirigir? Posso contar com os serviços de saúde nestas situações? Em que horários? Quais as suas regras para que eu possa ser recebido?

Conceitua-se “motivação” como a probabilidade de uma pessoa se envolver, continuar, e poder aderir a uma estratégia específica de mudança, num estilo de aconselhamento diretivo. É realizada por técnicos sensíveis às possíveis disposições que os usuários possam ter, de mudar e se adaptar a uma vida na qual a substância química usada deixe de ser consumida e de ter a importância que lhe foi atribuída. Vem sendo utilizada em sistemas públicos de saúde, com sucesso, como no britânico⁷². O dependente químico, nos

⁷² Vide:

UK. Department of Health (England and the devolved administrations). **Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management**. Londres: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh

serviços de saúde, geralmente se mostra ambivalente: ele quer e não quer parar com o uso da substância. Oscila, muda de idéia, nega o tamanho dos problemas, manipula os diálogos induzindo o interlocutor a enganar. A entrevista motivacional ajuda os usuários a explorar e a resolver sua ambivalência.

Um usuário resistente tentará, na entrevista, tergiversar, mudar de assunto, preencher o tempo com temas que não produzam resultados práticos ao tratamento. É importante ao técnico focar a discussão, nos momentos difíceis, numa área neutra, em que o paciente não se sinta pressionado, compelido ou ameaçado. Ao retomar o fio da discussão, o tema do tratamento deve ser reintroduzido, com cuidado e sensibilidade. Quando um usuário do serviço expressa a intenção de mudar, deve-se reforçar os aspectos que diminuam a ambivalência sobre esse comportamento.

Na fase de introdução da entrevista, o profissional monta um *setting* (tal cenário é importante, dando sigilo, sensação de privacidade e conforto), constrói o relacionamento e se apresenta. Ao dependente químico é importante um relacionamento em que se sinta bem vindo. O profissional, ao início da entrevista, pode mostrar sua satisfação por o usuário ter paciência na sala de espera e concordar em ser atendido (por exemplo: “-estou muito satisfeito que você concordou em discutir o jeito como consome bebidas e cocaína”). O uso de um palavreado técnico geralmente não ajuda na relação.

O profissional vai descrever a abordagem. Por exemplo, ele pode dizer:

“-Antes de começar, eu só vou explicar um pouco sobre o que se trata. Você já passou algum tempo respondendo a um questionário ou sendo avaliado e, provavelmente, vai passar por outros exames e entrevistas aqui no serviço. No entanto, nesta reunião, vamos apenas discutir como a bebida, ou as outras drogas, podem afetar o seu problema e como você pode ser ajudado, para ter um futuro melhor. Gostaria também de explicar desde o início que eu quero descobrir o que você quer para você. Eu não vou dar lições você ou tentar fazer você mudar qualquer coisa que você não quer mudar. Espero que este encontro vai ajudar você a refletir sobre sua situação presente e considerar o que, se alguma coisa, você pode querer fazer. Se houver alguma alteração a ser feita, você vai ser o único a fazê-la. Ninguém pode dizer-lhe o que fazer; ninguém pode fazer você mudar. Eu posso ser capaz de lhe dar algumas informações sobre si mesmo e talvez alguns conselhos, mas o que você faz com tudo isso depois de nosso encontro em conjunto é completamente até você. A única pessoa que pode decidir se e como você mudar é você. O que você está pensando ao ouvir estas coisas?”

O profissional deve ter o cuidado para não cair em pregações morais e nem deve fazer uma palestra científica, na qual o usuário fique na condição de ouvinte. A entrevista é um diálogo, visando sensibilizar para mudanças e para tomadas de decisão.

A conversa pode progredir envolvendo o usuário, de forma que ele se sinta à vontade, através de perguntas abertas. Por exemplo: “- Conte-me sobre como as coisas estão indo para você no momento” e “-Você pode me dizer mais sobre o seu consumo atual? Quais os problemas que estão causando preocupação? Como isso é afetado pelo uso da bebida ou da droga? O que você acha?”

Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. Disponível em:
<http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf>.

NHS. NICE. **Treatment for drugs misuse**: Information about NICE clinical guidelines 51 and 52. Londres: NICE, 2007. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg52/resources/cg52-drug-misuse-psychosocial-interventions-and-opioid-detoxification-understanding-nice-guidance2>>.

O profissional deve ficar atento para as declarações que indicam ambivalência e fazê-las retornar ao usuário, para serem desenvolvidas. Podem ser reafirmados alguns pontos fortes do paciente (por exemplo, sua desenvoltura e sua capacidade de reconhecimento ou compromisso ao pensar no uso de substâncias como problema real).

Se o usuário está disposto a considerar a mudança, o profissional pode dar um resumo das coisas combinadas e perguntar sobre sua aplicação prática, nos próximos dias. Será mais produtivo adiar a discussão para outra sessão sempre que persistir a ambivalência ou o usuário não tiver o mínimo interesse num programa de mudanças. Muitas coisas, no plano, precisam ser negociadas. As metas precisam ser estabelecidas de forma específica, mensurável, realista, com prazos.

Antes de encerrar a entrevista o profissional pode perguntar se há mais alguma coisa a esclarecer. Ser polido e demonstrar interesse pode ajudar. Por exemplo, ao se despedir, o profissional pode dizer: “- Sei que você provavelmente tem outras coisas para fazer além de me falar sobre o seu consumo de drogas. Sei que não é fácil falar de coisas pessoais, deste tipo. Espero que nossa conversa venha a ser útil para você”⁷³.

Terapias fundamentadas na entrevista motivacional produzem bons resultados no tratamento e podem ser utilizadas na forma intervenções breves. Motivar o paciente melhora suas chances de procurar e aderir ao tratamento especializado.

O matriciamento ou a supervisão realizados aos profissionais da atenção básica permitiriam aos seus profissionais desenvolver habilidades para fazer boas entrevistas motivacionais. A técnica da entrevista motivacional vem sendo aprimorada há alguns anos⁷⁴ e, apesar da falta de pesquisas sobre resultados de longo prazo, sabe-se que ela, pelo simples fato de ser aplicada, reduz o uso e o abuso de substâncias psicoativas em níveis maiores do que a não intervenção⁷⁵.

Aconselhamento

O aconselhamento para que o paciente interrompa ou diminua o consumo de qualquer substância deve ser claro e objetivo, baseado em informações personalizadas, obtidas durante a anamnese. Um aconselhamento rápido feito por um generalista é capaz de induzir uma porcentagem de pacientes a interromper completamente o consumo de substâncias psicoativas. Sua técnica é simples e de fácil aplicação. Pode ser muito breve, de poucos minutos, e mesmo assim ter bons resultados. Aconselhar não é dizer o que deve ser feito, pois a mudança é do indivíduo.

Aconselhar, nesta área, consiste em:

- 1) Chamar à **reflexão** (por exemplo, lançando um tema como “– Qual a sua opinião sobre o seu consumo atual de drogas?”);

⁷³ MARTINO, S.; BALL, S.A.; GALLON, S.L.; HALL, D.; GARCIA, M.; CEPERICH, S.; FARENTINOS, C.; HAMILTON, J.; HAUSOTTER, W. **Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency**. Salem: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center, Oregon Health and Science University, 2006. Disponível em: <<http://www.motivationalinterview.org/Documents/MIA-STEP.pdf>>.

⁷⁴ MARTINO, S.; CARROLL, K.M.; KOSTAS, D.; PERKINS, J.; ROUNSAVILLE, B.J. Dual diagnosis motivational interviewing: A modification of motivational interviewing for substance abusing patients with psychotic disorders. **J Subst Abuse Treat**. 2002;23:297–308. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865805/>> e em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865805/pdf/nihms487436.pdf>>.

⁷⁵ SMEDSLUND, G. et al. Motivational interviewing for substance abuse. **Cochrane Database Syst Rev**. 2011 May 11;(5):CD008063. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub2. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21563163>>.

- 2) Dar **responsabilidade** (“O que você pretende fazer com relação ao seu consumo?”);
- 3) Opinar com honestidade (“Na minha opinião seu uso de álcool está absolutamente fora de controle”);
- 4) Dar **opções de escolha** (“Vamos discutir as alternativas que você tem para não chegar embriagado em seu emprego”)
- 5) Demonstrar **interesse** (“Conte mais sobre sua semana, como foram suas tentativas para se manter abstinente”);
- 6) Facilitar o **acesso** (“Vamos tentar encontrar um horário que se adapte bem a nós dois”).
- 7) Evitar, como regra geral, o **confronto** (“Ao invés de encontrarmos culpados, podemos juntos buscar soluções para o seu problema”). Os profissionais muito experientes no manejo psicoterápico podem utilizar técnicas em que o confronto seja parte da abordagem.

Um aconselhamento deve durar no mínimo 3 minutos. É dito intensivo quando ultrapassa 10 minutos. Suas fases são: (1) a avaliação (ou identificação), (2) o aconselhamento propriamente dito, baseado numa estratégia motivacional, (3) a assistência e (4) o acompanhamento.

Intervenção breve

A intervenção breve é uma técnica mais estruturada que o aconselhamento, mas não mais complexa. Possui um formato também claro e simples e pode ser utilizada por qualquer profissional. Qualquer intervenção, mesmo que breve, é melhor que nenhuma.

Ela está indicada inclusive para pacientes gravemente comprometidos. Quando tais intervenções são estruturadas em uma a quatro sessões, produzem um impacto igual ou maior que tratamentos mais extensivos.

As intervenções breves começam pelo estabelecimento de uma meta.

Em seguida, desenvolve-se a automonitorização, identificação das situações de risco e estratégias para evitar o retorno ao padrão de beber problemático.

Em função da heterogeneidade e gravidade dos pacientes e seus problemas, a intervenção breve pode ser ampliada para uma terapia breve com até seis sessões. O espectro de problemas também determina que se apliquem intervenções mais especializadas para pacientes com problemas graves, além de adicionais terapêuticos, como manuais de auto-ajuda, aumentando a efetividade dos tratamentos.

Alguns pontos-chave

O tratamento para o abuso de drogas deve sempre envolver um componente psicossocial. É interessante que haja um profissional do serviço de saúde que conheça a história do paciente, faça contatos com sua família e com outros serviços pelos quais ele precise passar.

Uma boa aliança terapêutica entre o usuário e os profissionais facilitará as intervenções terapêuticas. As intervenções psicossociais podem ser prestadas concomitantemente às intervenções médicas e farmacológicas. Podem, também, serem prestadas sozinhas, nos casos em que já não haja necessidade de seguimento médico sequencial intenso. As intervenções psicossociais são o sustentáculo terapêutico no abuso de cocaína e de outros estimulantes, da maconha e dos alucinógenos. As propostas de auto-ajuda ou de ajuda mútua baseadas nos “12 Passos”, originalmente aplicados pelos Alcoólicos Anônimos, são muito populares e demonstram grande eficácia para muitas pessoas. Não há, porém, método que sirva para todos os pacientes. O Sistema Único de Saúde precisa conviver com métodos diversos, a fim de abranger sujeitos diversos. Muitas intervenções adjuntas, que

não se classificam como tratamento, podem ser fornecidas em grupos ou de forma individual: exercícios físicos, esportes, desenvolvimento de habilidades, terapias ocupacionais, atividades artísticas, etc.. Como regra, pessoas que abusam de substâncias psicotivas reagem melhor a terapias e grupo e a intervenções grupais do que a terapias individuais.

Um programa de gestão de contingências pode ser montado, para atender pequenos grupos com particularidades próprias.

Usuários de drogas injetáveis precisam ser trabalhados por programas de redução de danos e medidas preventivas para hepatite e outras doenças transmissíveis, por exemplo. A política de redução de danos é sobretudo útil para os usuários que não querem parar de consumir a substância psicoativa e tem um alcance social enorme, evitando males que, de outra forma, multiplicar-se-iam. Tem sido uma importante política de prevenção do HIV e de outras consequências do estado de vulnerabilidade, já testada nos municípios⁷⁶.

É interessante que os agentes de saúde, trabalhando na atenção básica ou na Rede de Atenção Psicossocial, leiam a Cartilha de Redução de Danos no Ministério da Saúde, como instrumento de orientação do trabalho⁷⁷.

Os membros da família, muitas vezes, apresentam níveis significativos de sofrimento psicológico. As intervenções especificamente para os membros da família podem ser muito úteis. Em alguns momentos o paciente não é um indivíduo, mas é o grupo familiar. Ou é o casal.

As intervenções mais eficazes e menos intrusivas devem ser fornecidas em primeiro lugar⁷⁸. Intervenções de alta intensidade, geralmente envolvendo práticas médicas e hospitalares, serão necessárias para as pessoas que não conseguiram se beneficiar de intervenções mais simples. Também para aquelas que requeiram tratamento imediato, como uma internação, pela gravidade do problema clínico. A internação hospitalar não deve ser realizada como paliativo para problemas sociais, habitacionais ou dificuldades de relacionamento familiar. A indicação é clínica, não social. A abordagem tem, pois, um sentido de hierarquização, coerente com a política geral do SUS. Esta abordagem escalonada não dispensa os meios disponíveis na comunidade, fora do sistema de saúde, como os grupos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, assim como as comunidades terapêuticas. Alguns usuários, contudo, precisarão de intervenções mais formais, em nível ambulatorial, como psicoterapias.

Entre adolescentes há os que estão em situações de risco, e há os que estão em grupos de risco⁷⁹.

⁷⁶ MALISKA, Isabel Cristina Alves; PADILHA, Maria Itayra; ANDRADE, Selma Regina. Redução de Danos em Florianópolis-SC: uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 170-8, mar. 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/20761>>. Acesso em: 19 Out. 2014. doi:10.5216/ree.v16i1.20761.

⁷⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde: Diminuir para Somar: Ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas**. Brasília: Viva Comunidade. Prefeitura do Rio de Janeiro. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf>.

⁷⁸ NHS. NICE; Stephen PILLING, Kathryn HESKETH and Luke MITCHESON. **Routes to recovery: Psychosocial interventions for drug misuse. A framework and toolkit for implementing NICE-recommended treatment interventions**. Londres: National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA), The British Psychological Society, 2010. Disponível em: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/psychosocial_toolkit_june10.pdf>.

⁷⁹ ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Quality Network for Community CAMHS (QNCC). **Practice standards for young people with substance misuse problems**. Publication number CCQI 127. Londres: RCP, June 2012. Disponível em: <<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Practice%20standards%20for%20young%20people%20with%20substance%20misuse%20problems.pdf>>.

São situações de risco: não ter moradia (estar na condição de “sem teto” ou na condição de “morador de rua”), estar envolvido com grupos de comportamentos antissociais e em conflito com a lei, envolver-se em acidentes repetidamente, frequentar escola ou ambientes sociais sob efeito de drogas, despertar preocupações pelos seus comportamentos, ter frequentes problemas com doenças venéreas, com concepção e com abortos.

São grupos de risco os excluídos do sistema escolar, os envolvidos com o sistema penal ou com o sistema judiciário por conflito legal instalado, os que vivem sob tutela de instituições, os que têm dificuldades pessoais de aprendizado ou têm outro transtorno mental, os que vivem com parentes próximos sabidamente abusadores ou dependentes de substâncias psicoativas.

O profissional que trabalha com jovens não pode assumir um volume de casos tão grande a ponto de dificultar sua relação individual com cada um dos assistidos. A formação continuada deste profissional é um ponto importante, pois o trabalho tende a ficar pesado, se não houver visão técnica e *insight* pessoal.

O compartilhamento e o estudo conjunto dos casos, assim como o conhecimento dos recursos locais disponíveis, ajuda a equipe a desempenhar melhor seu papel. A mobilização de outros serviços e outros setores pode ser importante para a organização de um apoio duradouro (por exemplo, através da escola, da assistência social ou de outros recursos relevantes).

A presença de outros transtornos mentais ou comportamentais, somados ao abuso de drogas, deve ser abordada desde o início da intervenção. O tratamento farmacológico das depressões maiores e das psicoses é fator essencial. O bom uso dos medicamentos depende de colaboração de terceiros, precisando-se envolver a família, como regra.

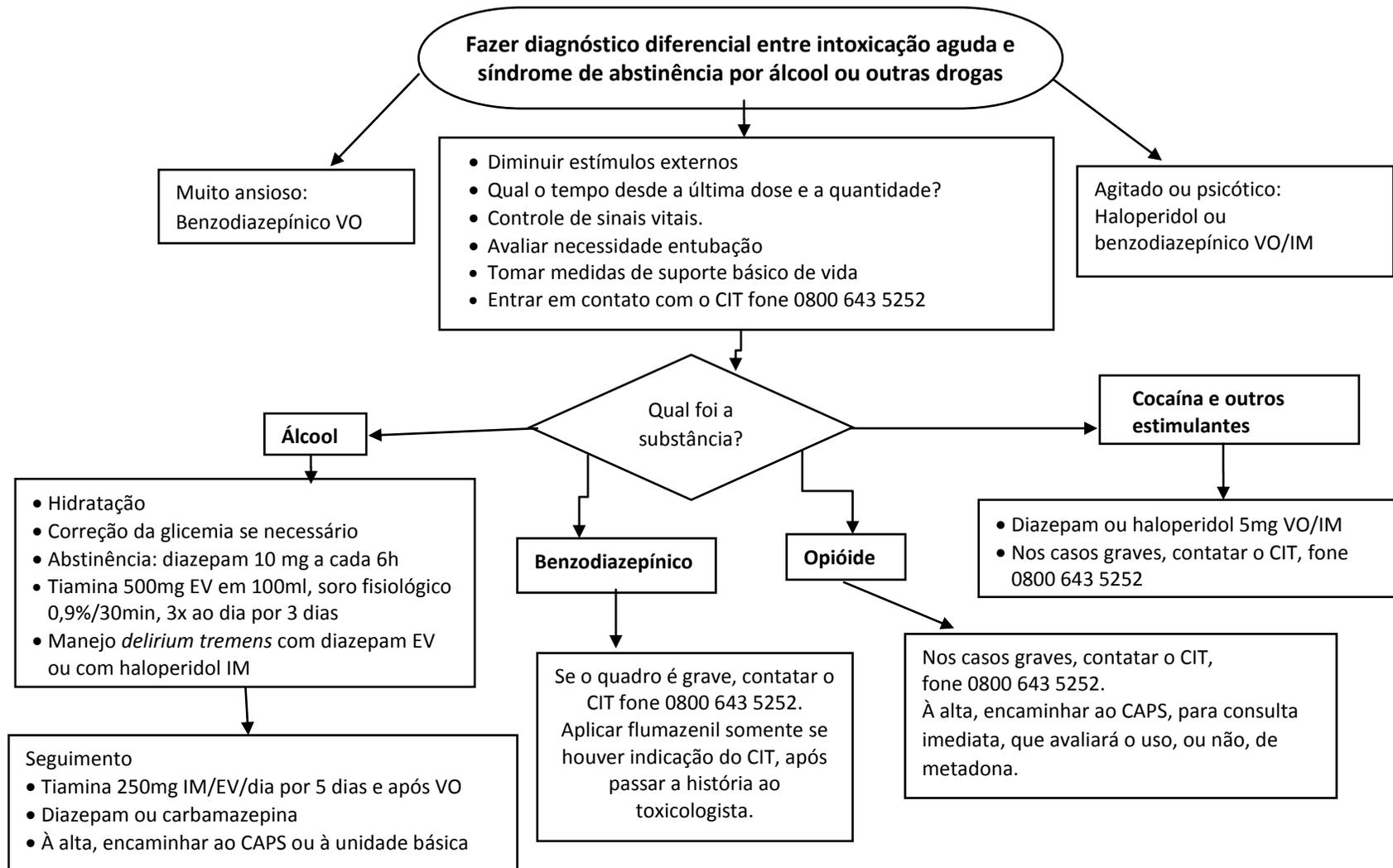
Quadros de urgência ou emergência por síndromes de abstinência

Há protocolos específicos, para os transtornos decorrentes de alguns tipos de substância psicoativa, que entram em detalhes sobre o atendimento emergencial.

Em caso de intoxicações graves, como nas tentativas de suicídio, nas overdoses e nos casos de transporte de drogas ilícitas com embalagem rompida no tubo digestivo (as ditas “mulas”, ou carregadores), deve-se consultar protocolo específicos e fazer contato com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) pelo telefone 0800 643 5252.

À primeira vista, num serviço de saúde, o paciente apresentando, ao mesmo tempo, midríase, rubor facial e desorientação mental, é suspeito de intoxicação e necessita de uma investigação voltada a esta área.

Algoritmo para emergências com substâncias psicoativas



Transtornos mentais e de comportamento por derivados da coca



Gravura de Alphonse Mucha, década de 1890, com um indígena pedindo o chá da coca a uma deusa inca, feito para um cartaz de produto farmacêutico que anunciava: “vinho dos incas para convalescentes”.

Protocolo Clínico

Evelyn Cremonese
Alan Indio Serrano
Tadeu Lemos
Guilherme Mello Vieira

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Um bom acervo de revisões da literatura científica sobre tratamentos de problemas de saúde resultantes da cocaína é mantido pela Cochrane Collaboration. Diversas diretrizes sobre a abordagem clínica do abuso dos derivados da coca têm sido produzidas no planeta. A Associação Médica Brasileira e outras entidades, numa ampla colaboração institucional e individual, publicou em 2000 uma diretriz sobre o abuso e a dependência de cocaína⁸⁰, depois desdobrada e atualizada⁸¹. Lançou, em agosto de 2011, a diretriz sobre o abuso e a dependência do

⁸⁰ ABP. **Abuso e Dependência da Cocaína**. Projeto Diretrizes. (Autores: Romano M, Ribeiro M, Marques ACPR) São Paulo: Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/005.pdf>.

⁸¹ CREMESP; AMB. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. (Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0201.pdf>>.

crack⁸². A Prefeitura de São Paulo, em 2006, emitiu um guia prático, para uso no SUS⁸³. No mesmo ano a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) lançou suas diretrizes, que reforçam a importância da abordagem adequada do dependente químico, especialmente quando portador de comorbidade psiquiátrica⁸⁴. Na sequência foram lançadas as diretrizes sobre o crack, em forma de cartilha, pelo Conselho Federal de Medicina⁸⁵, distribuída aos médicos.

O presente protocolo, em boa parte, se inspira em tais diretrizes, mas também em linhas-guias norte-americanas^{86,87}, em linhas-guias do sistema nacional de saúde britânico (NHS)^{88, 89}, e na diretriz da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG)⁹⁰.

A cocaína é uma droga ilícita, em pó, aspirada pelo nariz, ou aplicada por injeções intravenosas após diluição em água. Os subprodutos da cocaína, crack, merla e oxi, são fumados. Os solventes usados para sua fabricação são produtos corriqueiros, como a acetona e a gasolina. O uso, a curto e longo prazo, predispõe a doenças infecciosas (AIDS, hepatite e tuberculose, especialmente). O meio social em que a droga é comercializada geralmente se vincula à criminalidade e à violência. Grávidas usuárias expõem o feto à droga. O crack está ligado a inúmeros problemas sociais contemporâneos.

⁸² ABP. **Abuso e a dependência do crack**. Projeto Diretrizes. (Autores: Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC) São Paulo: Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes10/abuso_e_dependencia_crack.pdf>.

⁸³ SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria de Participação e Parceria. **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. São Paulo: Prefeitura Municipal, 2006. Disponível em: <http://www.amata.ws/artigos/guia_pratico_atualizado_julho2006.pdf#page=94>.

⁸⁴ ZALESKI, Marcos et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 2, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013&lng=en&nrm=iso>.

⁸⁵ CFM. **Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Dependente do Uso do Crack**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>>.

⁸⁶ APA. **Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders**. 2a. ed. Washington: Psychiatric Practice Section, American Psychiatry Association, 2010. Disponível em: <<http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1675010>>

⁸⁷ DITTMAR, Peter K.; OLMEDO, Ruben. An Evidence-Based Approach to Cocaine-Associated Emergencies. **Emergency Medicine Practice**. Volume 10, Number 1, January 2008. Disponível em: <http://www.medschool.lsuhs.edu/emergency_medicine/docs/EMP%20Cocaine.pdf>.

⁸⁸ UK. Department of Health (England and the devolved administrations). **Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management**. Londres: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. Disponível em: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf>.

⁸⁹ NHS. NICE. **Treatment for drugs misuse**: Information about NICE clinical guidelines 51 and 52. Londres: NICE, 2007. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg52/resources/cg52-drug-misuse-psychosocial-interventions-and-opioid-detoxification-understanding-nice-guidance2>>.

⁹⁰ FHEMIG. **041 Manejo Clínico do Usuário de Crack**. [Orgs.: Fernando Teixeira Grossi, Rafael Miranda de Oliveira]. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/2520-041-manejo-clinico-do-usuario-de-crack>.

A grande maioria dos usuários de cocaína e crack que procuram serviços de saúde apresentam queixas relacionadas às complicações psiquiátricas, tanto por intoxicação aguda como pela síndrome de abstinência:

Quadros agudos de pânico, humor depressivo e de episódios psicóticos são os mais relatados pelos usuários, e geralmente o encaminhamento se dá a partir de um familiar ou rede primária de apoio do usuário. Os principais sinais e sintomas são disforia (irritação), ansiedade, agitação, heteroagressividade, sintomas paranoides e alucinações. O prognóstico dos indivíduos portadores de comorbidades psiquiátricas é mais comprometido e aumenta a chance da procura de atendimento médico por estes. No caso do crack, tanto na fase de abstinência como na de intoxicação aguda, não é incomum os usuários experimentarem delírios paranoides persecutórios, o que, na gíria entre os usuários, se chama 'noia'. A desintegração pessoal gerada pelo consumo do crack é evidente, sendo frequente a falta de cuidados pessoais, de higiene, má alimentação e condições precárias de moradia⁹¹.

Por isso, muitas vezes, na primeira consulta, em casos com muitos sintomas, a abordagem imediata precisa ser **sintomática**, incidindo não nas causas, mas nas consequências clínicas. O tema da dependência propriamente dita ocorre na sequência, na medida em que os sintomas mais graves cedem, e a aliança terapêutica vai permitindo diálogo produtivo.

Cocaína: formas ilícitas de apresentação	
Pasta Base	Macerado das folhas, cal, solvente e ácido sulfúrico.
Pó	A pasta é tratada com ácido hipoclorídrico, produzindo o cloridrato de cocaína (pó branco e sem cheiro).
Crack	Pasta de coca, bicarbonato de sódio ou amônia, água e aquecimento, transformando a pasta em pedras.
Merla	Pasta de coca ou pó, ácido sulfúrico, solvente.
Oxi (ou óxido)	Pasta base de cocaína com solvente.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F14.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.

Aos signos alfanuméricos acima, juntam-se, após um ponto, as subdivisões, como um quarto caractere:

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .4 - Síndrome de abstinência com delirium

⁹¹ BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: SENAD; 2012. Disponível em: <<http://acolhimentoemrede.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Livro-Capacita%C3%A7%C3%A3o-SUS-SUAS.pdf#page=56>>.

- .5 - Transtorno psicótico
- .6 - Síndrome amnésica
- .7 - Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado.

2. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Eventualmente o paciente é atendido em unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU), hospitais, por intoxicações agudas ou por outros quadros complicados.

O Centro de Atenção Psicossocial especializado em problemas relacionados a álcool e drogas (CAPS AD) é o serviço de saúde mais indicado para o seguimento do paciente na fase inicial do tratamento da dependência. A sequência do tratamento pode ser feita em unidades básicas de saúde (UBS) ou centros de atenção psicossocial genéricos (CAPS I).

Gestantes precisam ter um hospital de referência para o parto e serviços ambulatoriais que possam fazer o pré-natal em situações especiais, em contato com o serviço de saúde mental que acompanha o caso. Para moradoras de rua, eventualmente o início do contato deverá ser feito por uma equipe de consultório na rua.

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico segue os critérios da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Os critérios para diagnóstico da dependência são os critérios comuns para substâncias psicoativas. O fato de a pessoa sentir uma necessidade de doses frequentes da substância, em períodos curto de tempo, é sinal mais importante. No abuso, o gasto de dinheiro na compra da droga, a negligência de responsabilidades e o envolvimento em conflitos interpessoais são fatores diagnósticos.

Os critérios diagnósticos para a síndrome de **dependência** de derivados da coca (F14.3) são os seguintes:

- A. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de cocaína.
- B. Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se de algumas horas a alguns dias após o Critério A:
 - (1) fadiga.
 - (2) sonhos vívidos e desagradáveis.
 - (3) insônia ou hipersonia.
 - (4) aumento do apetite.
 - (5) retardo ou agitação psicomotora. Anedonia e premissa pela droga também podem estar presentes.
- C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Os sintomas agudos de abstinência frequentemente são vistos após períodos de uso repetitivo de altas doses e se caracterizam por sensações intensas e desagradáveis de lassidão e depressão, geralmente exigindo vários dias de

repouso e recuperação. Sintomas depressivos com ideação ou comportamento suicida podem ocorrer.

Uma parcela considerável dos indivíduos com dependência leve de cocaína apresenta poucos ou nenhum sintoma de abstinência evidente ao cessar o uso da substância.

Os usuários crônicos, usando doses maiores, na falta da substância fazem síndromes de privação típicas, compostas por três fases progressivas⁹²:

- 1) *Crash*: drástica redução no humor e na energia. Instala-se cerca de 15 a 30 minutos após cessado o uso da droga, persistindo por cerca de 8 horas e podendo estender-se por até 4 dias. O usuário pode sentir depressão, ansiedade, paranoia e um intenso desejo de voltar a usar a droga, o *craving* ou fissura. Instala-se a hipersonia, aversão ao uso de mais cocaína, e o indivíduo desperta, em algumas ocasiões, para ingerir alimentos em grande quantidade. Essa última parte pode durar de 8 horas até quatro dias.
- 2) Síndrome disfórica tardia, que se inicia de 12 a 96 horas depois de cessado o uso e pode durar de duas a 12 semanas. Nos primeiros quatro dias há presença de sonolência e de desejo pelo consumo da droga, anedonia, irritabilidade, problemas de memória e ideação suicida. Ocorrem recaídas frequentes, como forma de tentar aliviar os sintomas disfóricos.
- 3) Fase de extinção: os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo e a fissura (*craving*) torna-se intermitente.

Os gatilhos e estímulos condicionados possuem uma grande influência e um potencial de recaída real sobre os usuários. Pois isso, num tratamento pouco intensivo e excessivamente aberto, a fissura e os sintomas poderão assumir uma característica de maior intensidade, frequência e duração.

4. TRATAMENTO

É interessante que o tratamento compreenda uma combinação de atividades psicossociais grupais, psicoterapias e abordagens farmacológicas⁹³. Os objetivos do tratamento do dependente de cocaína ou de seus subprodutos são:

- a) Orientar o suporte sintomático na intoxicação.
- b) Estabelecer um fluxo específico de tratamento.
- c) Promover a reabilitação.
- d) Possibilitar a abstinência.
- e) Promover a redução de danos.
- f) Contribuir na constituição da rede de cuidados ao usuário de substâncias psicoativas.

O projeto terapêutico singular consiste num plano de tratamento desenvolvido pela equipe de saúde (idealmente sob coordenação de um técnico de referência para o paciente), adaptado às necessidades pessoais

⁹² ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria); MARQUES, Ana Cecília P. Roselli; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo R.; ANDRADA, Nathalia Carvalho. Abuso e dependência: crack. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lng=en&nrm=iso>.

⁹³ FONSECA, Francisco Noé da; GONDIM, Ana Paula Soares; FONTELES, Marta Maria de França. Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300551&lng=en&nrm=iso>.

contemporâneas do usuário. O projeto deve ter metas e prever intervenções planejadas.

Tratamento dos transtornos devidos ao uso de cocaína

Como regra, o tratamento da dependência da cocaína em pó, aspirada, **não requer internação hospitalar**, podendo ser realizado em nível comunitário, como o de CAPS, ambulatorios e unidades de atenção primária.

Nas fases iniciais do tratamento, em que há fissura (*craving*), é importante a alta frequência do usuário ao serviço, muitas vezes com comparecimento diário. Vários estudos, nas últimas duas décadas, trazem evidências não só de que é possível tratar em regime intensivo ou semi-intensivo de serviços, como os CAPS e os hospitais-dia, mas de que o tratamento hospitalar não apresenta maiores resultados, na sequência da vida do paciente, em relação ao ambulatorial^{94,95}. Esta posição tem sido defendida pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), em sua diretriz⁹⁶.

Intervenções psicossociais baseadas em terapias comportamentais podem ajudar a diminuir o uso da droga e a reduzir o abandono do tratamento. Intervenções múltiplas (multimodais) mostram-se mais efetivas do que atendimentos não intensivos (como a simples consulta eventual). Revisões relatam a existência de algumas mudanças comportamentais significativas e redução das taxas de consumo de cocaína na sequência da intervenção. Porém, pelas evidências atualmente disponíveis, não há uma abordagem padrão, ou um tratamento único, capaz de abranger aspectos multidimensionais da dependência química e capaz de produzir resultados altamente significativos⁹⁷.

Não se demonstrou que intervenções com grande número de sessões longas sejam melhores do que intervenções breves em número limitado. Portanto, procedimentos educativos breves tendem a ser mais rentáveis e podem ser realizados com facilidade⁹⁸.

Pessoas que abusam de cocaína injetável e de crack estão em maior risco de contaminação por HIV. Uma revisão de 35 ensaios (abarcando 11.867 pacientes) avaliou que as intervenções sanitárias para reduzir este risco têm eficácia. As estratégias de redução de danos são parte constituinte do sistema de saúde. Adquirem maior importância diante do uso injetável de cocaína.

⁹⁴ McKAY, J.R.; McLELLAN, A.T.; ALTERMAN, A.I: An evaluation of the Cleveland criteria for inpatient treatment of substance abuse. **Am J Psychiatry** 1992; 149:1212–1218. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1503134>>.

⁹⁵ ALTERMAN, A.I.; O'BRIEN, C.P.; McLELLAN, A.T.; AUGUST, D.S.; SNIDER, E.C.; DROBA, M.; CORNISH, J.W.; HALL, C.P.; RAPHAELSON, A.H.; SCHRADE, F.X. Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. **J NervMentDis** 1994; 182:157–163. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8113776>>.

⁹⁶ APA. **Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders**. 2a. ed. Washington: Psychiatric Practice Section, American Psychiatry Association, 2010. Disponível em: <<http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1675010>>

⁹⁷ KNAPP, W.P.; SOARES, B.; FARRELL, M.; SILVA DE LIMA, M. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2007, Issue 3. Art. No.: CD003023. DOI: 10.1002/14651858.CD003023.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003023.pub2/full>>.

⁹⁸ MEADER, N.; LI, R.; DES JARLAIS, D.C.; PILLING, S. Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 1. Art. No.: CD007192. DOI: 10.1002/14651858.CD007192.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007192.pub2/full>>.

Diversos medicamentos estão sendo testados e utilizados de forma empírica⁹⁹. Psicofármacos podem ser recomendados, temporariamente, para o alívio de sintomas transitórios, segundo a especificidade de cada caso. Não existe, porém, tratamento medicamentoso, específico e comprovado, para a dependência de cocaína. A química da cocaína no cérebro implica ação ampla, atuando em diversas vias de neurotransmissão, como um agonista indireto. Não há receptores definidos, utilizados pela cocaína, mas a presença da droga exacerba funcionamentos neuronais estabelecidos¹⁰⁰.

Antagonistas dopaminérgicos (amantadina, pergolida, bromocriptina, metilfenidato, cabergolina, lisuride, L-dopa, carbidopa, mazindol) têm sido testados, mas não há evidências atuais de que tais fármacos tenham eficácia no tratamento da dependência de cocaína¹⁰¹.

O dissulfiram e o naltrexone, para os quais há indícios de que poderiam reduzir, mais do que placebos, os abandonos de tratamento, não receberam confirmação e significância estatística¹⁰². Em estudos com número pequeno de pesquisados, com evidência científica menor, pode-se induzir que o dissulfiram, na dose de 250 a 500 mg ao dia, poderia causar benefícios para alguns pacientes.

Desde a década de 1990 está comprovado que as anfetaminas (metilfenidato, dextroanfetaminas), em vez de causar melhoras, podem piorar a fissura e estimular recaídas¹⁰³.

Também não há diferenças significativas, no tratamento farmacológico da dependência de cocaína, em revisão de 15 estudos (abrangendo 1.066 pacientes), ao comparar placebos com anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, fenitoína, tiagabina, topiramato, valproato)¹⁰⁴.

Há alguns efeitos positivos vinculados ao uso de antidepressivos sempre que o problema estiver associado a sintomas afetivos e ansiosos. Os resultados na melhora do humor podem ser benéficos ao dependente químico¹⁰⁵. A

⁹⁹ MINOZZI, S.; AMATO, L.; DAVOLI, M.; FARRELL, M.F.; LIMA REISSER, A.A.; PANI, P.P.; SILVA DE LIMA, M.; SOARES, B.G.O.; VECCHI, S. Anticonvulsants for cocaine dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 2. Art. No.: CD006754. DOI: 10.1002/14651858.CD006754.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006754.pub2/abstract>>.

¹⁰⁰ ARAUJO, Marcelo Ribeiro; LARANJEIRA, Ronaldo; DUNN, John. **Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento**. São Paulo: UNIAD, EPM-UNIFESP, 201_. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/cocaina/Cocaina%20_bases%20biologicas%20da%20administracao%20abstinencia%20e%20tratamento.pdf>.

¹⁰¹ AMATO, L.; MINOZZI, S.; PANI, P.P.; SOLIMINI, R.; VECCHI, S.; ZUCCARO, P.; DAVOLI, M. Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 12. Art. No.: CD003352. DOI: 10.1002/14651858.CD003352.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003352.pub3/abstract>>.

¹⁰² PANI, P.P. et al. Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 1. Art. No.: CD007024. DOI: 10.1002/14651858.CD007024.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007024.pub2/abstract>>.

¹⁰³ RAO, S.; ZIEDONIS, D.; KOSTEN, T. The pharmacotherapy of cocaine dependence. **Psychiatric Annals**, 25:6, 1995: 363-8. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1995-41773-001>>.

¹⁰⁴ MINOZZI, S.; AMATO, L.; DAVOLI, M.; FARRELL, M.F.; LIMA REISSER, A.A.; PANI, P.P.; SILVA DE LIMA, M.; SOARES, B.G.O.; VECCHI, S. Anticonvulsants for cocaine dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 2. Art. No.: CD006754. DOI: 10.1002/14651858.CD006754.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006754.pub2/abstract>>.

¹⁰⁵ PANI, P.P.; TROGU, E.; VECCHI, S.; AMATO, L. Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 12. Art. No.:

imipramina tem sido bastante usada. Há evidências de que a psicoterapia de prevenção de recaída associada ao uso do cloridrato de imipramina tem maior efetividade para casos graves¹⁰⁶.

A amitriptilina pertence ao mesmo grupo farmacológico (o dos psicoanalépticos tricíclicos) e tem efeitos sedativos um pouco mais intensos, inclusive ajudando a conciliar o sono, se tomada em dose única, na posologia de 75 mg, à noite.

Os tranquilizantes maiores típicos demonstram capacidade para bloquear parcialmente os receptores, tornando necessárias doses maiores de cocaína para a obtenção dos mesmos efeitos. O bloqueio limita os efeitos motores próprios da cocaína, todavia não atua sobre o sistema de reforço e gratificação. Os neurolépticos têm em alguma eficácia, mas não são sentidos pelo paciente como agradáveis, pois são sedativos, o que facilita o abandono do tratamento.

Neurolépticos de uso histórico, como o haloperidol¹⁰⁷ e a clorpromazina, já estão testados e são bem conhecidos. A clorpromazina ainda é bastante prescrita nos CAPS¹⁰⁸.

Tranquilizantes menores, como o diazepam, só teriam indicação, de forma temporária e breve, em situações de grande ansiedade. Não se deve recomendar benzodiazepínicos a pessoas que tenham vínculos frágeis com o serviço de saúde, pois corre-se o risco de criar dependência química do tranquilizante, sem que a dependência da cocaína seja superada.

Até o momento, nenhum medicamento se mostrou eficaz para abolir, de imediato, os sintomas de síndrome de dependência, nem para atuar sobre o comportamento de procura da substância.

Tratamento da intoxicação aguda por cocaína

Dentre as complicações clínicas agudas relacionadas ao consumo da cocaína, a overdose é uma das mais conhecidas emergências médicas. É definida como a falência de um ou mais órgãos, decorrente do estado de hiperestimulação central e simpática. São sinais clínicos de overdose pela cocaína: midríase, taquicardia, hipertensão, arritmia, hipertermia, vasoespasmos. Podem ocorrer acidente vascular cerebral, angina no peito com ou sem infarto, hemorragia intracraniana, convulsões, rabdomiólise e insuficiência cardiorrespiratória.

Aproximadamente um terço dos acidentes vasculares em jovens relaciona-se ao abuso de drogas. Podem ocorrer complicações pulmonares, com dor torácica, dispneia, tosse seca ou com eliminação carbonácea e febre. Ocorre, eventualmente, hemoptise e derrame pleural. Episódios convulsivos, sintomas

CD002950. DOI: 10.1002/14651858.CD002950.pub3. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002950.pub3/abstract>>.

¹⁰⁶ ARAUJO, Marcelo Ribeiro; LARANJEIRA, Ronaldo; DUNN, John. **Cocaína**: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. São Paulo: UNIAD, EPM-UNIFESP, 201_. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/cocaina/Cocaina%20_bases%20biologicas%20da%20administracao%20abstinencia%20e%20tratamento.pdf>.

¹⁰⁷ BERGER, S.P.; HALL, S.; MICKALIAN, J.D.; REID, M.S.; CRAWFORD, C.A.; DELUCCHI, K.; CARR, K.; HALL, S. Haloperidol antagonism of cue-elicited cocaine craving. **Lancet**, 347: 504-08, 1996. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2896%2991139-3/abstract>>.

¹⁰⁸ DA FONSECA, F. N.; GONDIM, A.P.S.; DE FRANÇA FONTELES, M.M. Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 38, n. 102, p. 551-561, 2014. Disponível em: <<http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Revista102-web.pdf#page=145>>.

neurrológicos focais, cefaleias, transtornos do movimento e alterações da consciência podem também acontecer¹⁰⁹.

Há poucas investigações sistematizadas sobre o tratamento da intoxicação aguda por cocaína. Não há qualquer antídoto específico para esta droga. O tratamento é sintomático e de suporte vital. São abordados os delírios (se houverem) e a hiperatividade autonômica.

Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com:

- 1) Hipóxia por aspiração
- 2) Outras intoxicações isoladas ou associadas: anfetaminas, anticolinérgicos, alucinógenos, fenciclidina, xantinas, álcool, etc.
- 3) Choque séptico
- 4) Emergências hipertensivas, enfarte agudo do miocárdio, angina, edema agudo do pulmão
- 5) Hipoglicemia
- 6) Insolação
- 7) Síndrome de abstinência
- 8) Quadros maníacos e surtos esquizofrênicos
- 9) Síndrome de serotoninérgica
- 10) Síndrome de tireotóxica
- 11) Cerebrite fúngica
- 12) Endocardite, sobretudo da válvula tricúspide, que é o caso mais comum, nos usuários de cocaína injetável.
- 13) Colite isquêmica
- 14) Traumatismo crânio-encefálico.

Patoplastia dos quadros cocaínicos de urgência e psicofármacos úteis.

Sintomatologia	Intoxicação leve	Agitação ou <i>delirium</i> com excitação
Quadros de agitação com alterações de conduta	Suporte, monitorização dos sinais vitais, ambiente tranquilo, poucos estímulos sensoriais.	Diazepam, 5 a 10 mg, VO ou IM; ou haloperidol 5 a 10 mg VO ou IM. Pode-se repetir de 8/8 horas. Contenção mecânica se necessário, apenas em casos mais graves. Evitar fenotiazinas.
Sintoma psicóticos (delírios paranoides, com ilusões e alucinações)	Suporte, assegurar ambiente tranquilo.	Haloperidol 5 ou 10 mg VO ou IM. Pode-se repetir de 12/12 horas ou de 8/8 horas. Contenção mecânica se necessário, apenas em casos mais graves. Evitar fenotiazinas.
Estado de ansiedade ou crises de pânico	Cuidados e ambiente calmo.	Diazepam, 5 a 10 mg, VO.

Na dúvida, o contato com o **Centro de Informações Toxicológicas (CIT)**, telefone **0800 643 5252**, pode ser de grande ajuda às equipes do pronto-socorro ou do SAMU. Diante de casos de crianças intoxicadas deve-se consultar o CIT, por telefone, descrevendo-se o quadro e anotando as orientações.

As diretrizes da Associação Médica Brasileira e da Associação Brasileira de Psiquiatria contraindicam o uso de beta-bloqueadores na overdose de cocaína, por reduzirem o fluxo sanguíneo e aumentarem a resistência coronariana¹¹⁰.

¹⁰⁹ FHEMIG.041Manejo Clínico do Usuário de Crack. [Orgs.:Fernando Teixeira Grossi, Rafael Miranda de Oliveira]. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/2520-041-manejo-clinico-do-usuario-de-crack>.

Os benzodiazepínicos, via oral ou intramuscular, só são usados para intoxicações agudas em que os pacientes tenham dor precordial, ou estejam muito agitados e ansiosos, ou em crise de pânico, ou mostrem-se potencialmente perigosos. Em caso de crises convulsivas, são também uma boa escolha. Um comprimido de diazepam de 5 ou 10mg pode ser eficaz. Se necessário, poderá ser repetido.

Não há evidência de que os anticonvulsivantes tradicionais (como a fenitoína) possam ser prescritos com o objetivo de prevenir convulsões, nestes casos.

O tratamento das manifestações agudas do uso de cocaína e derivados começa por uma avaliação clínica completa, com monitoramento dos sinais vitais, podendo chegar a caracterizar uma emergência médica. O paciente deve ser examinado, avaliado com eletrocardiograma e observado. As funções renais e hepáticas, hemograma, eletrólitos e glicemia podem ser solicitados, bem como exames mais específicos quando as suspeitas clínicas justificarem. Nos casos de inquietação aguda, com predomínio de ansiedade ou pânico, os benzodiazepínicos são o tratamento de escolha. Pacientes com quadro de agitação psicomotora ou sintomas psicóticos devem ser tratados com antipsicóticos IM, como haloperidol, na dose de 5 mg.

A presença de sintomas psicóticos (delírios paranoides, alucinações) pode desaparecer espontaneamente após algumas horas (ao final da ação da cocaína). Agitações extremas, decorrentes destes sintomas, podem necessitar de sedação. O haloperidol pode ser utilizado nessas ocasiões, aumentando a dose, de 5 mg, até 15 mg/dia, quando há delírios e agitação psicomotora.

Neurolépticos fenotiazínicos, tais como a clorpromazina e a levomepromazina, devem ser evitados na overdose, por baixarem o limiar de convulsão. Os neurolépticos são eficazes para tratar delírios associados com a intoxicação de cocaína, mas a maioria dos pacientes se recupera espontaneamente dentro de poucas horas, dispensando as medicações antipsicóticas.

Tratamento do abuso e da dependência de crack

A Diretriz da FHEMIG, de Minas Gerais, concordando com a do National Institute on Drug Abuse (NIDA), dos Estados Unidos, elenca os seguintes princípios, sobre a abordagem do crack:

- 1) Nenhum tratamento é efetivo para todos os pacientes.
- 2) O tratamento necessita ser facilmente disponível.
- 3) O tratamento deve atender às várias necessidades e não somente ao uso de drogas.
- 4) O tratamento necessita ser constantemente avaliado e modificado de acordo com as necessidades do paciente.
- 5) Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental para a efetividade.
- 6) Aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento.
- 7) Medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com terapia.
- 8) A comorbidade deveria ser tratada de forma integrada.
- 9) Desintoxicação é só o começo do tratamento.
- 10) O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo.
- 11) A possibilidade de uso de drogas deve ser monitorada.
- 12) Avaliação sobre HIV, hepatites B e C e aconselhamento para minimização de riscos.

¹¹⁰ FELDMAN, J.A. e al. Acute cardiac ischemia in patients with cocaine associated complaints: results of a multicenter trial. **Ann Emerg Med** 2000; 36:469-76. Apud: ABP. **Abuso e Dependência da Cocaína**. Projeto Diretrizes. (Autores: Romano M, Ribeiro M, Marques ACPR) São Paulo: Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/005.pdf>.

- 13) Recuperação é um processo longo e, muitas vezes, são necessários vários períodos de tratamento.

A desintoxicação, do ponto de vista médico, é o tratamento sintomático de suporte para as situações de intoxicação aguda. É uma abordagem pontual, que dura poucos dias. É interessante que a sequência da atenção clínica aborde os sintomas de fissura (*craving*) por duas a quatro semanas, para aumentar a adesão ao conjunto da terapia e à tentativa de mudança de hábitos.

O tratamento farmacológico da síndrome de abstinência de crack implica:

- 1) Manejo sintomático, tratando os sintomas da abstinência à medida em que vão surgindo: náuseas com anti-eméticos, dores com analgésicos comuns, insônia com diazepam, etc.
- 2) Hidratar o paciente.
- 3) Evitar a contenção física, sempre que possível.
- 4) Não reter o usuário caso se ele esteja decidido a abandonar o serviço.
- 5) Durante ou logo após a abstinência podem surgir sintomas depressivos, ou haver manifestação de uma depressão pré-existente, mascarada pelo uso de cocaína.
- 6) Atentar, no caso de depressões somadas a impulsividade, para riscos de suicídio.

Critérios para internação

Os critérios clínicos¹¹¹ para hospitalização são os seguintes:

- 1) Overdose que requeira medidas de suporte;
- 2) Alterações persistentes do estado mental ou da psicomotricidade, com sintomas psicóticos ou comportamentais severos;
- 3) Hipertermia significativa ou rabdomiólise^{112, 113}, coagulopatias, acidose metabólica, hipertensão severa, dor torácica sugestiva de isquemia de miocárdio, falência renal, respiratória ou hepática;
- 4) Risco de quadro grave de abstinência em portadores de quadros clínicos concomitantes, bem documentados, ou histórico concomitante de uso pesado de álcool que possa agravar a evolução clínica.
- 5) História bem documentada pelos médicos assistentes de não adesão, de não se haver benefício de tratamento em regime extra-hospitalar, ou da ausência absoluta de serviços comunitários;
- 6) Comorbidade psiquiátrica importante que por si só exigiria atendimento hospitalar ou cujos transtornos impossibilitem adesão a tratamento extra-hospitalar;

¹¹¹ FHEMIG. **041Manejo Clínico do Usuário de Crack**. [Orgs.:Fernando Teixeira Grossi, Rafael Miranda de Oliveira]. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/downloads/doc_download/2520-041-manejo-clinico-do-usuario-de-crack>.

¹¹² Ruptura das fibras musculares que causa a liberação do conteúdo dessas fibras (mioglobina) na corrente sanguínea. A mioglobina é prejudicial para os rins e, geralmente, causa problemas renais. Vide: ÁLVAREZ-CORDOVÉS, M.M. et al. Rabdomiólisis asociada al consumo de cocaína. **Semergen Medicina de Familia**. Volume 38, Issue2, March 2012, Pages 102–106. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359311003455>>.

¹¹³ CARRASCO, Rodrigo; SALINAS, Mauricio; ROSSEL, Víctor. Rabdomiólisis e insuficiencia renal aguda por consumo de cocaína: caso clínico. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 139, n. 4, abr. 2011. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000400010&lng=es&nrm=iso>.

- 7) Casos em que o uso das substâncias ou comportamentos constituem grave perigo para si ou para terceiros, mediante relatório do CAPS explicitando que já foram esgotados todos os meios de tratamento comunitário e o porquê de tais tratamentos terem falhado;
- 8) Usuários cuja fissura é vivida com grande angústia e agitação psicomotora, pouco empenhados em abster-se do uso da substância ilícita, em vulnerabilidade social e fácil acesso ao uso da droga.

Dependendo do caso, a internação deve ser realizada em enfermaria clínica de hospital geral (como em casos do item 3, acima), ou em serviço de saúde mental de hospitais gerais ou em hospital especializado.

Como afirma o Conselho Federal de Medicina, as internações devem obedecer aos preceitos da legislação¹¹⁴. Note-se que a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 define a possibilidade de internações involuntárias. Não há razões para se acionar a figura da internação compulsória, exceto para os casos em que o usuário tenha cometido delito e deva ser recolhido, por periculosidade e para cumprimento de medida de segurança. Cabe ao médico não se envolver com solicitações de atestados indicando internações, na ausência de critérios clínicos, feitas por pessoas que desejem o albergamento, o asilo, o sequestro, a prisão ou a exclusão social de dependentes químicos, ou desejam apenas melhorar o conforto familiar diante de um convívio difícil. Os hospitais não devem servir como solução para problemas sociais, habitacionais, de segurança, penais, ou de pouca estruturação familiar. Não faz parte dos objetivos e atribuições do SUS resolver problemas desta ordem¹¹⁵. O tratamento pode ser realizado, na ausência de indicação técnica para internação hospitalar, em regime ambulatorial, em CAPS, em unidade de acolhimento, em comunidade terapêutica, e mesmo na própria unidade básica próxima da residência do usuário.

A internação, algumas vezes, deve ser imediata, para garantir a segurança do paciente e a estabilização do quadro clínico. O ideal é que, após a estabilização, o usuário seja encaminhado para tratamento de longa duração em CAPS AD ou outro serviço de saúde. Os CAPS podem oferecer atendimento intensivo ou semi-intensivo. Alguns casos se beneficiam do acolhimento em comunidades terapêuticas, estruturas que trabalham, por vários meses, através de vivências grupais, a mudança de hábitos de vida, pela coexistência entre pessoas com problemas parecidos. As comunidades terapêuticas têm demonstrado bons resultados para alguns dependentes de crack, mas os resultados para o conjunto dos atendidos é apenas parcial¹¹⁶.

5. CASOS ESPECIAIS

Comorbidades psiquiátricas

¹¹⁴ CFM. **Diretrizes Gerais Médicas pra Assistência Integral ao Crack**. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2011. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>> e em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilhacrack2.pdf>>.

¹¹⁵ Os objetivos, atribuições e princípios organizativos do SUS estão na lei orgânica da saúde. Vide: BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990 [Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências]. Brasília: Presidência da República, 1990.

¹¹⁶ MARSDEN, J.; National Drug Treatment Monitoring System Outcomes Study Group, et al. Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study. **The Lancet**, 10 Oct 2009, Vol. 374, Issue 9697, Pages 1262-1270. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61420-3. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961420-3/abstract>>.

A comorbidade é muitas vezes subestimada. Muitos sintomas de um transtorno mental são atribuídos ao uso de drogas, tanto pela população leiga, quanto por profissionais da saúde. Quadros de agitação com alterações da conduta podem ser indicadores de psicopatologia coexistente. Em casos graves de *delirium* excitatório após intoxicação por cocaína faz-se necessário avaliar, no pronto-socorro, a necessidade de contenção, diante do risco para si e para terceiros. Veja-se o protocolo sobre o código cinza, a respeito de usuários com potencial de agressão.

Pulmão de Crack

Complicações pulmonares são frequentemente observadas como consequência do ato de fumar o crack. Usuários de crack apresentam sintomas respiratórios após fumar a droga, mas poucos procuram assistência médica por isso. A inalação pode gerar edema pulmonar, hemorragia alveolar difusa, exacerbações agudas graves de asma, barotrauma, infiltrações pulmonares com eosinofilia, pneumonia intersticial não específica e bronquiolite obliterante com pneumonia em organização, bem como infiltrações pulmonares agudas associadas a um espectro de achados clínicos e patológicos, referida como “pulmão de crack”.

A hemorragia pulmonar e a lesão pulmonar aguda são radiologicamente indistinguíveis. Na falência respiratória vê-se opacidades bilaterais que aparecem logo após o uso do crack e clareiam rapidamente, ao interromper o uso, também ditas “pulmão de crack”. Deve-se fazer avaliação pulmonar com radiografia de tórax, hemograma, gasometria arterial, proteína C reativa para diagnóstico diferencial entre o pulmão de crack e outras doenças pulmonares (pneumonia, asma, embolia pulmonar, tuberculose, edema cardiogênico).

Complicações cardiovasculares do crack

A dor torácica é a principal queixa dos usuários de cocaína nas emergências. Pacientes referindo dor torácica não traumática devem ser perguntados sobre o consumo de crack. Cerca de metade dos casos de enfarte agudo do miocárdio decorrente de cocaína não têm qualquer evidência de doença coronariana aterosclerótica nas angiografias. O risco de infarto agudo do miocárdio aumenta 24 vezes, nas duas horas seguintes ao uso da cocaína, mesmo em pessoas de baixo risco. O uso prolongado da cocaína pode facilitar alteração da função sistólica ventricular por hipertrofia ou dilatação miocárdica, aterosclerose, disritmias cardíacas, apoptose de cardiomiócitos e lesão simpática¹¹⁷.

O tratamento da dor precordial a das síndromes coronárias em usuários de cocaína é semelhante ao tratamento de pacientes com os fatores de riscos tradicionais, mas difere pelo uso de benzodiazepínicos e fentolamina e pela contra-indicação de beta bloqueadores. Beta bloqueadores somente poderão ser usados no seguimento de alguns pacientes selecionados, mas nunca no momento da crise aguda. Pode-se usar diazepam, na emergência, e se houver persistência da hipertensão o tratamento de primeira linha será um nitrato. A segunda linha é a fentolamina ou um bloqueador de canais de cálcio¹¹⁸.

¹¹⁷ GAZONI, F.M. et al . Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína: relato de caso. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 18, n. 4, dez. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000400019&lng=pt&nrm=iso>.

¹¹⁸ SCHWARTZ, B. G. et al. Cocaine Cardiovascular Effects. **Circulation**, December 14, 2010, p. 2558-2569 doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.940569. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/122/24/2558.full>> e em <<http://www.radioifmcardio.com/pdf/CardiovascularEffectsofcocaine.pdf>>.

Variações caracterológicas pouco comuns

Um dos fatores que podem complicar o tratamento dos dependentes de cocaína e crack é a presença de personalidades complexas e transtornadas. Classicamente, na Psicopatologia, os transtornos de personalidade são definidos como variedades anormais do ser psíquico¹¹⁹. A personalidade (composta por temperamento, caráter, impulsividade e inteligência) é característica do sujeito. Os transtornos de personalidade não são doenças, mas são desvios estatísticos em relação à média da população. A Organização Mundial da Saúde os conceitua como “expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros”¹²⁰. Respondem pouco aos esforços dos serviços de saúde, apesar de tais serviços serem bastante solicitados para abordá-los, especialmente pelos operadores do Direito.

O envolvimento de algumas pessoas, cujas personalidades tenham motivações dissociadas ou antissociais, em abordagens terapêuticas grupais, em CAPS, hospitais e comunidades terapêuticas, contribui para a desestruturação do grupo e não tem demonstrado qualquer eficácia para o sujeito¹²¹. É comum, em mais de um terço dos jovens infratores da lei usando drogas ilícitas, descobrir-se que eles já cometiam crimes ou infrações graves antes de terem começado a usar drogas^{122, 123}.

Em que pese toda a formulação clássica da Psicopatologia para permitir a confecção de anamnese e de diagnóstico^{124, 125}, o papel do profissional da saúde, em tais casos, é limitado e polêmico¹²⁶. O médico e o psicólogo podem fazer o diagnóstico e distingui-lo das hipóteses diagnósticas diferenciais, mas não têm ferramentas para apresentar soluções. Há, do ponto de vista da saúde, uma intratabilidade para a maioria das pessoas com características graves de desvio de

¹¹⁹ SCHNEIDER, Kurt. **Psicopatologia Clínica**. São Paulo: Mestre Jou, 1976.

¹²⁰ OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª. revisão. São Paulo: EdUSP, 1993, p. 359.

¹²¹ SCHNEIDER, J. A.; LISBOA, C. M.; MALLMANN, C. Relação entre dependência de cocaína e/ou crack, transtorno de personalidade antissocial e psicopatia em paciente internados em uma instituição de reabilitação. **Revista Debates em Psiquiatria**, ano 4, n. 3, maio-junho 2014, p. 24-33.

¹²² PARENT, I.; BROCHU, S. **Quand les trajectoires toxicomanes et délinquants se rencontrent: dix toxicomanes se racontent**. Recherches et Intervention sur les Substances Psychoactives (RISQ). Montreal: RISQ, Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CHRS), École de Criminologie de l'Université de Montréal, 1999. Disponível em: <<https://depot.erudit.org/retrieve/865/000213pp.pdf>>.

¹²³ NUNES, Laura Maria Cerqueira Marinha. **Análise biográfica, do estilo de vinculação e da personalidade, em indivíduos com história de abuso de substâncias e condutas delinquentes**. [Tese. Orient.: Carlos Mota Cardoso]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2010. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1522/1/teseLauraNunes.pdf>>.

¹²⁴ JASPERS, Karl. **Psicopatologia General**. Buenos Aires: Editorial Beta, 1975.

¹²⁵ NARDI, A.E. et al. A hundred-year of Karl Jaspers' General Psychopathology (Allgemeine Psychopathologie) - 1913-2013: a pivotal book in the history of Psychiatry. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 71, n. 7, July 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000700490&lng=en&nrm=iso>.

¹²⁶ KENDELL, R.E. The distinction between personality disorder and mental illness. **The British Journal of Psychiatry** (2002) 180: 110-115. doi: 10.1192/bjp.180.2.110. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/180/2/110.full>>.

caráter¹²⁷. Alguns casos, porém podem ser alvos de medidas fármaco-cosméticas, para minorar sua impulsividade e agressividade, numa lógica de proteção a terceiros.

A fim de não estimular fantasias de onipotência sobre os serviços de saúde, especialmente junto a operadores do Direito, os profissionais precisam ter cuidado ao emitir declarações e atestados que possam ser mal interpretados. Devem se precaver para não dar a impressão de que os transtornos de personalidade sejam doenças e sejam curáveis pelos serviços de saúde, pois isto serviria à medicalização, à psicologização e à judicialização de fenômenos humanos que extrapolam o potencial terapêutico e os saberes das Ciências da Saúde¹²⁸.

Veja-se, sobre este tema, o protocolo a respeito das personalidades desviantes.

Alterações da personalidade por abuso de cocaína ou de crack

Diferentemente dos transtornos de personalidade, que são vitalícios e anteriores ao uso da cocaína, as alterações da personalidade por abuso representam uma mudança no padrão prévio e característico do indivíduo. São alterações reversíveis após um período sem usar a droga. Os dependentes vão gradativamente se encaixando em um padrão de personalidade após longo tempo de dependência (6 a 12 meses). Aparecem traços e características de comportamento, da forma de montar relacionamentos e da percepção da realidade, comuns aos usuários crônicos da droga, após um longo tempo de consumo. Dentro da singularidade de cada pessoa, os dependentes coletam e guardam alguns traços comuns, relacionados à substância.

Principais características da Alteração da Personalidade na Dependência Química
Mentiras seguidamente
Desmazelo (pessoal e em seu ambiente)
Irritabilidade e agressividade
Impulsividade
Relaxamento da ética (furtos, etc.)
Arrogância e prepotência
Não cumprimento de compromissos
Apatia amotivacional
Desinteresse por tudo que não diz respeito à droga
Instabilidade afetiva
Alteração do padrão do sono
Alteração do padrão alimentar

Fonte: BALLONE, 2008¹²⁹.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) aconselha que, se o profissional deseja indicar um relacionamento etiológico entre a alteração de personalidade e o uso de uma substância, anote a categoria “Sem

¹²⁷ LEE, J. H. **The Treatment of Psychopathic and Antisocial Personality Disorders: A Review**. Londres: RAMAS (Risk Assessment Management and Audit Systems), UK Department of Health, 1999. Disponível em: <<http://www.ramas.co.uk/report3.pdf>>.

¹²⁸ SERRANO, Alan Índio. Perícias Médicas e Juízo. In: PEREIRA, Hélio do Valle; ENZENWILER, Romano José. **Curso de Direito Médico**. São Paulo: Conceito, 2011, p. 454-460.

¹²⁹ BALLONE, G.J. Drogadicção e Personalidade. **PsiquWeb**, 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=224>>.

Outra Especificação” relacionando-a à substância: “Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação”.

As alterações da personalidade ficam visíveis aos familiares do dependente, inclusive para perceber quando ele para e quando volta a usar a substância, em função de padrões de conduta, de comportamento e de relacionamento que não combinam com a pessoa que ele é ao não usar a droga.

As mudanças temporárias de personalidade em função de derivados da coca podem ser discutidas pela equipe de saúde com os familiares e as pessoas íntimas do paciente. Esta discussão lhes alivia da ansiedade, minora dificuldades para lidar com o dependente e auxilia no relacionamento geral do grupo.

Complicações judiciais: uso de drogas simultâneo à criminalidade

Frente à associação do crime com a dependência de drogas, está sendo adotado, por alguns fóruns um programa que propõe alternativas ao processo criminal convencional. Oferece ao acusado a suspensão condicional do processo, desde que ele ingresse num tratamento para a dependência química¹³⁰. A Justiça Terapêutica dá, pois, penas alternativas. Funciona como redução de danos à sociedade e como medida socioeducativa, fazendo o agressor compensar os danos causados, se possível¹³¹.

Gestantes e bebês

O abuso de crack e de cocaína por mulheres grávidas e os efeitos sobre o feto e o neonato são abordados em protocolo específico, complementar a este.

¹³⁰ PULCHERIO, G. et al. Crack – da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (3): 337-343, jul.-set. 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf>.

¹³¹ SILVA, R.O.; FREITAS, C.S.C. **Justiça Terapêutica: Um programa judicial de redução do dano social**. Porto Alegre: Associação Brasileira de Justiça Terapêutica. Disponível em: <<http://www.abjt.org.br/index.php?id=99&n=158>>.



Mãe Roulin com seu bebê, de Vincent Van Gogh, 1888.

Abordagem de transtornos por crack e cocaína em gestantes e em bebês

Protocolo Clínico

Alan Indio Serrano
Tadeu Lemos
Carmem Regina Delziovo
Janaíne Rossoni
Plínio Augusto Freitas Silveira
e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Este protocolo visa aspectos de assistência em saúde mental para grávidas e neonatos. É complementar ao protocolo sobre transtornos mentais e de comportamento por derivados da coca.

Pela prevalência, por se registrar mais diagnósticos e pelo tipo das drogas ilícitas atualmente em uso, o problema da transmissão vertical das dependências químicas é crescente^{132, 133}. Há, porém, dificuldades para se conseguir bons estudos epidemiológicos sobre a dependência de derivados da coca em grávidas e sobre sua síndrome de abstinência em neonatos^{134, 135}.

¹³² O'DONNELL, M. et al. Increasing prevalence of neonatal withdrawal syndrome: population study of maternal factors and child protection involvement. **Pediatrics**. Apr 2009; 123(4):e614-21. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e614.short>>.

¹³³ GALBALLY, M.; SNELLEN, M.; LEWIS, A. J. **Psychopharmacology and Pregnancy: Treatment Efficacy, Risks, and Guidelines**. Heidelberg/Londres: Springer-Verlag, 2014. Parcialmente disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=uqQqBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.

¹³⁴ HUDAK, M. L.; TAN, R. C.; COMMITTEE ON DRUGS; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. **Pediatrics**, Vol. 129 No. 2 February 1, 2012, pp. e540 -e560 (doi: 10.1542/peds.2011-3212) Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/e540.full>>.

¹³⁵ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Neonatal Drug Withdrawal. **Pediatrics**, Vol. 101 No. 6 June 1, 1998, pp. 1079 -1088. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/101/6/1079.full>>.

O tempo de duração de uma síndrome de dependência química em neonatos depende da droga utilizada. A de heroína pode persistir por 7 a 20 dias, a de metadona por 20 a 45 dias, a de barbitúricos por 11 dias a 6 meses, a de derivados da coca por apenas 1 a 3 dias.

Um estudo acompanhando 1.072 grávidas usuárias de derivados da coca mostra que o crack na gravidez pode ser fator de atraso no crescimento intrauterino, de parto prematuro e de baixo peso ao nascer¹³⁶. Tais fetos estão mais expostos a doenças infecciosas por transmissão vertical. O abuso do crack por grávidas aumenta o risco de aborto¹³⁷.

Bebês de mães usuárias de crack poderão apresentar síndrome de dependência neonatal que, embora raro, é fator de sofrimento.

Um estudo acompanhando 398 bebês, em quatro centros norte-americanos, por 6 meses, mostrou a persistência de anormalidades no tônus muscular e na postura¹³⁸. Um estudo de coorte, com 1.388 crianças, por 3 anos, também nos Estados Unidos, mostra haverem, em filhos de cocainômanas graves, algumas alterações cognitivas, da linguagem e do comportamento por todo o período pré-escolar, agravados na vigência concomitante de cocaína com álcool e tabaco¹³⁹.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F14.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.

Aos signos alfanuméricos acima, juntam-se, após um ponto, as subdivisões, como um quarto caractere:

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado.

P96.1 Sintomas de abstinência neonatal de drogas utilizadas pela mãe

Síndrome do filho de mãe dependente

(Exclui: intoxicações e reações por uso materno de opiáceos e tranquilizantes administrados durante o trabalho de parto e parto - P04.0)

3. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

¹³⁶ BAUER, C.R. et al. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. **Arch Pediatr Adolesc Med.** 2005;159:824-34. Disponível em: <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=486109>>.

¹³⁷ RODRIGUEZ, Senith Marcela Beleño; MORALES, Gregorio Alberto Diaz. Analisis de las tendencias de consumo de drogas de abuso e impactos en la salud del individuo en países de América Latina, años 2006-2010. [Tese. Orient.: J.A.Q. Mosquera]. Bogotá: Universidade Nacional da Colômbia, 2011. Disponível em: <<http://www.bdigital.unal.edu.co/4266/1/598930.2011.pdf>>.

¹³⁸ CHIRIBOGA, C.A.; KUHN, L.; WASSERMAN, G.A. Prenatal cocaine exposures and dose-related cocaine effects on infant tone and behavior. **Neurotoxicol Teratol.** 2007;29:323-30. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892036206001917>>.

¹³⁹ BADA, H.S.; DAS, A.; BAUER, C.R.; SHANKARAN, S.; LESTER, B.; LAGASSE, L., et al. Impact of prenatal cocaine exposure on child behavior problems through school age. **Pediatrics** 2007;119:e348-59. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e1009.full.pdf+html>>.

Como regra, a gravidez em dependentes de crack pode ser considerada gestação de alto risco e obedece aos preceitos da Portaria 1.020, de 29 de maio de 2013, do Ministério da Saúde, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência.

O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela atenção básica, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco. A equipe de atenção básica deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado. O serviço de pré-natal deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto risco sob sua responsabilidade na hora do parto. A gestante deverá ser informada e vinculada a uma maternidade que realizará seu parto, de modo a evitar peregrinação.

O caso requer comunicação entre as redes Cegonha, de atenção psicossocial e básica.

Gestantes precisam ter um hospital de referência para o parto e serviços ambulatoriais que possam fazer o pré-natal em situações especiais, em contato com o serviço de saúde mental que acompanha o caso. Para moradoras de rua, eventualmente o primeiro contato poderá ser feito por uma equipe de consultório na rua.

Eventualmente a paciente é atendida em unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU), hospitais, por intoxicações agudas ou por outros quadros complicados.

O Centro de Atenção Psicossocial especializado em problemas relacionados a álcool e drogas (CAPS AD) é o serviço de saúde mais indicado para o seguimento do paciente na fase do tratamento da dependência. Após a estabilização, a sequência do tratamento pode ser feita em unidades básicas de saúde (UBS) ou centros de atenção psicossocial genéricos (CAPS I).

4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico, para a gestante, segue os critérios da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), para dependências químicas em geral e para dependência de cocaína. Vide, sobre isto, o protocolo específico sobre transtornos mentais e de comportamento por derivados da coca.

A síndrome, no bebê¹⁴⁰, se caracteriza por irritabilidade, hipertonicidade, tremores, instabilidade autonômica, alteração de humor, sucção incontrolável e impossibilidade de consolo

Em alguns países é usada a escala de Finnegan para graduar a intensidade da síndrome de abstinência química neonatal^{141, 142}. Esta escala permite detectar e valorar a resposta às intervenções terapêutica na evolução da síndrome¹⁴³.

¹⁴⁰ ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria); MARQUES, Ana Cecília P. Roselli; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo R.; ANDRADA, Nathalia Carvalho. Abuso e dependência: crack. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lng=en&nrm=iso>.

¹⁴¹ FINNEGAN, L.P. et al. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. **Addictive Diseases**, 1975, 2(1-2):141-158. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/med/1163358>>.

Os diagnósticos diferenciais, para os bebês, são: cólica, hipocalcemia, hipoglicemia, hipomagnesemia, infecção bacteriana (especialmente meningocócica), septicemia neonatal.

Nos testes toxicológicos de urina de adultos a cocaína pode ser detectada nas primeiras 24 a 28 horas após o uso da última dose da droga. Nos testes de crianças, pode ser detectada até 72 a 96 horas depois. A toxicologia neonatal pode encontrar nos exames de mecônio, assim como em amostra do cordão umbilical uma sensibilidade maior do que nos exames de urina. Contudo, uma história clínica¹⁴⁴ conhecida e fidedigna, se a paciente for colaborativa, torna os exames toxicológicos desnecessários.

5. TRATAMENTO

5.1 Gestantes dependentes de crack ou de cocaína

Mulheres grávidas ou amamentando, usuárias pesadas de cocaína, devem receber uma atenção especial, pois é dever do serviço de saúde intervir para preservar a saúde do feto, ou da criança, antes e após o nascimento. Para tanto, no espírito da Diretriz do Conselho Federal de Medicina¹⁴⁵ preconiza-se:

- 1) Interrogar sobre o ciclo menstrual e informar as mulheres que o uso de drogas pode interferir com o ciclo menstrual, dando a falsa impressão de que ela não poderá engravidar.
- 2) Aconselhar as grávidas a parar com o uso de qualquer droga, e a buscar apoio nesse sentido.
- 3) Às grávidas dependentes que também fazem uso de opioides deve ser prescrita uma droga de substituição agonista, como a metadona.
- 4) Tentar manter a grávida em cuidados pré-natais regulares, controlando a idade gestacional e o estado geral de saúde da mãe e do feto.
- 5) Vacinar a gestante contra hepatite e avaliar sua história clínica pregressa, diagnosticando outras doenças infecciosas, se necessário.
- 6) Garantir alimentação nutritiva à gestante.
- 7) Examinar os bebês nascidos de mães usuárias de drogas para verificar a presença ou ausência de sintomas de abstinência (conhecida como síndrome de abstinência neonatal).
- 8) Aconselhar e apoiar as mães que amamentam a não usarem nenhum tipo de droga.
- 9) Aconselhar as mães em uso regular de drogas a apenas amamentarem seus bebês ao menos durante os seis primeiros meses, a menos que haja uma

¹⁴² WESTERN Australian Centre for Evidence Based Nursing & Midwifery. **Neonatal abstinence scoring system**. January 2007. Perth: Curtin University of Technology. Disponível em: <http://www.lkpz.nl/docs/lkpz_pdf_1310485469.pdf>.

¹⁴³ CUESTA MIGUEL, M.J. et al. Síndrome de Abstinencia Neonatal. **Enfermería Integral** 2013 Diciembre 2013(103):24-28. Disponível em: <<http://www.enfervalencia.org/ei/103/ENF-INTEG-103.pdf>>.

¹⁴⁴ KLEIN, R.F. et al. History Taking and Substance Abuse Counseling with the Pregnant Patient. **Clinical Obstetrics & Gynecology**, June 1993 - Volume 36 - Issue 2 - ppg 338-346. Disponível em: <http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/1993/06000/History_Taking_and_Substance_Abuse_Counseling_with.12.aspx>.

¹⁴⁵ CFM. **Diretrizes Gerais Médicas pra Assistência Integral ao Crack**. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2011. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>> e em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilhacrack2.pdf>>.

recomendação de um especialista para não amamentar. As que pararam o uso podem seguir amamentando.

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

Alguns aspectos típicos das gestantes usuárias de crack e cocaína¹⁴⁶ são apresentados no quadro abaixo:

Característica das gestantes usuárias de crack ou cocaína
Ausência de assistência pré-natal, acompanhamento irregular ou início tardio.
Descuido com aparência.
Baixa escolaridade e nível socioeconômico.
Passado obstétrico ruim:
Abortamento espontâneo ou feto natimorto;
CIUR (crescimento intrauterino restrito);
Parto pré-termo;
Descolamento prematuro de placenta.
Histórico de patologias relacionadas ao uso de drogas de abuso:
Endocardite subaguda;
Pancreatite;
Abscesso cutâneo.
Problemas familiares:
Familiares usuários de cocaína/crack;
Companheiro usuário de drogas de abuso;
Violência doméstica;
Filhos com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor;
Problemas sociais.

Fonte: Martins-Costa, 2013, modificado de: KLEIN, 1993¹⁴⁷.

Sugere-se, como rotina na gestação:

- Pré-natal em centro especializado (equipe multidisciplinar no atendimento, facilitação para retornos com mais de um profissional no mesmo dia, auxílio transporte, se necessário, busca ativa por agente de saúde);
- Rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis;
- Avaliação do risco de parto pré-termo e restrição do crescimento fetal (toque vaginal em todas as consultas, ecografia obstétrica);

¹⁴⁶ MARTINS-COSTA, Sergio Hofmeister et al. Crack: a nova epidemia obstétrica. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 33, n. 1, mar. 2013. ISSN 2357-9730. Available at: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/33833>>.

¹⁴⁷ KLEIN, R.F. et al. History taking and substance abuse counseling with the pregnant patient. **Clin Obstet Gynecol**. 1993; 32 (2): 338-46. Disponível em: <http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1989/05000/Substance_Abuse_in_Pregnant_Women__Recent.8.aspx>.

- d) Atenção para anemia e outras carências nutricionais (hemograma, vitamina B12, ferritina, hematócrito e hemoglobina, Sulfato ferroso, possível uso de polivitamínicos).

No manejo obstétrico das gestantes em síndrome de abstinência, com agitação psicomotora intensa, precisando de sedação, o uso de benzodiazepínicos pode ser considerado, na dose de 10 mg EV de ataque, repetível a cada 5 minutos, se necessário. Deve-se estar atento para o risco de parada respiratória. Na dificuldade de acesso venoso pode-se usar lorazepam, 1 mg intramuscular. Alternativamente pode-se usar o haloperidol (em doses pequenas) e a prometazina, especialmente se houverem sintomas de psicose.

O parto durante uma intoxicação aguda implica, além da rotina obstétrica, a avaliação dos sinais vitais, do nível de consciência, das extremidades, de possíveis alterações neurológicas (inclusive das pupilas, à procura de midríase, sinal de ativação simpática) e a ausculta pulmonar. O eletrocardiograma, as provas de função hepática e renal, o hemograma com contagem de plaquetas, e sorologias, podem ser importantes. A medida da glicose e da oximetria de pulso¹⁴⁸, para afastar hipoxemia e hipoglicemia são necessárias. O diagnóstico diferencial com pré-eclâmpsia deve ser considerado.

Os anestesistas devem estar preparados para intercorrências¹⁴⁹. Também os neonatologistas, que talvez precisem reanimar o recém-nascido.

A perda de função renal com rabdomiólise, apesar de rara, pode ocorrer. Nestes casos, com atenção aos níveis séricos de potássio, a conduta implica hidratação abundante com solução isotônica nas primeiras 24 ou 48 horas, e manutenção com solução fisiológica 0,45% associada a manitol e bicarbonato de sódio. Tais complicações podem ocorrer também no puerpério imediato, pois os efeitos da cocaína podem ocorrer até 72 horas após seu consumo.

Contudo, a síndrome de abstinência da parturiente é um diagnóstico de exclusão. Deve-se pensar em outras complicações que possam gerar sintomas semelhantes, como hemorragias pós-parto, endometriose e alterações tardias relacionadas à cocaína, como os possíveis casos de angina (pois a cocaína predispõe à angina e ao enfarte). Sugere-se, pois, como rotina no trabalho de parto em que haja complicações por crack ou grandes doses de cocaína:

- a) Atenção aos riscos de descolamento de placenta (cardiotocografia e acesso venoso na internação);
- b) Avaliação de sinais vitais maternos (sinais vitais 1 em 1 hora);
- c) Avaliação contínua com cardiotocografia;
- d) Cuidados especiais com analgesia obstétrica;
- e) Coletar a gasometria cordão umbilical;
- f) Enviar placenta para análise.

No puerpério deve-se incorporar à rotina:

- a) Atenção ao risco de fuga da parturiente;
- b) Avaliação da necessidade de proibição de amamentação;
- c) Risco de crise de abstinência.

5.2 Bebês de mães usuárias de crack ou de cocaína

¹⁴⁸ A oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) está incorporada aos procedimentos do SUS para triagem pré-natal pela Portaria n.º 20, de 10 de junho de 2014, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

¹⁴⁹ LUFT, A.; MENDES, F.F.. Anestesia no paciente usuário de cocaína. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 57, n. 3, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942007000300009&lng=en&nrm=iso>.

Aos efeitos da passagem transplacentária da cocaína somam-se os efeitos da vasoconstrição do leito vascular placentário, predispondo a um crescimento intrauterino restrito, à natimortalidade, a malformações ósseas, cardiovasculares e de trato geniturinário.

Nos cuidados ao recém-nascido, sugere-se incorporar à rotina de avaliação do bebê:

- a) Risco de crise de abstinência;
- b) Risco de maus-tratos e abandono;
- c) Risco de complicações secundárias ao baixo peso;
- d) Encaminhamento para centro especializado;
- e) Avaliação de complicações respiratórias, cardiovasculares, neurológicas, e de intoxicação aguda.

A síndrome de dependência passiva em bebês, ou síndrome de abstinência neonatal, é rara. Ela implica observação do bebê em ambiente hospitalar, diminuindo-lhe os estímulos sensoriais (luz, ruídos), administrando porções pequenas e frequentes de alimentos calóricos (por ter uma maior atividade e irritabilidade), acolhendo-os no colo, fazendo o diagnóstico diferencial com outros motivos para choro (dor, calor, frio, fome, etc.) e suportando o choro até que a síndrome de privação passe¹⁵⁰.

5.3 Lactação

Teoricamente, para usuárias pesadas, o aleitamento deveria ser evitado nas primeiras 24 horas após o último consumo de cocaína ou crack, enquanto a mãe está intoxicada. Após 24 horas a mãe já pode amamentar, exceto nos casos em que continue usando da droga^{151, 152}.

Portanto, considerando os importantes e inquestionáveis benefícios da amamentação para o bebê, não sendo usuária pesada (grande quantidade diariamente) e aguardando pelo menos 24 após o consumo da droga, compensa correr o risco de um prejuízo menor pela droga porventura passada através do leite materno. O consumo pesado de qualquer um dos derivados da coca, se mantido após o parto, contraindica a amamentação.

Contudo, há um fator de complicação: o comportamento agressivo, conflituoso e pouco ligado no bebê, comum nessas pacientes. Comumente elas não aderem às orientações médicas e de enfermagem. Por isso, vários autores sugerem que usuárias ativas de cocaína ou crack, sem histórico confiável de suspensão do uso da droga, e com problemas de comportamento ou de afetividade diante do filho, sejam consideradas contraindicadas ao aleitamento materno. O protocolo norte-americano para aperfeiçoar o tratamento de grávidas usuárias de

¹⁵⁰ BARRERO VIRGUETTI, M.H.; ESCALERA SOLIS, C. Síndrome de abstinencia neonatal. **Rev. méd.** (Cochabamba), v. 19, n. 29, July 2008. Disponível em: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092008002900010&lng=en&nrm=iso>.

¹⁵¹ STRATHEARN, L.; MAYES, L. Cocaine Addiction in mothers: potential effects on maternal care and infant development. *Ann N Y Acad Sci.* 2010 February ; 1187: 172–183. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05142.x. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3016156/>>.

¹⁵² REINO UNIDO. Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). **Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management.** Londres: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. Disponível em: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf>.

crack contraindica o aleitamento¹⁵³. A conduta sugerida para a suspensão da lactação implica o enfaixamento mamário.

A linha-guia australiana de suspensão da lactação de New South Wales propõe, além dos métodos farmacológicos (carbégolina, 1 mg VO nas primeiras 12 horas após o parto, encontrável no SUS em comprimidos de 0,5 mg)¹⁵⁴,¹⁵⁵, as seguintes medidas:

- a) Evitar estimulação desnecessária da mama;
- b) Usar um sutiã firme;
- c) Aplicar compressas frias, pacotes de gel ou folhas de couve sobre a mama;
- d) Manter a ingestão normal de líquidos;
- e) Permitir que o vazamento de leite materno ocorra, expremendo o suficiente para manter o conforto;
- f) Usar breve analgesia (paracetamol) se necessário.

Há controvérsias, pois em alguns casos pode-se diminuir os danos e tentar manter a amamentação¹⁵⁶.

As mães, ex-usuárias de crack ou de cocaína, que pariram fora de hospital e já amamentaram por mais de uma semana, caso estejam sóbrias e sem sintomas importantes de privação, sob supervisão (por exemplo, as internadas em comunidades terapêuticas), devem continuar amamentando, pois a fase de maior passagem da cocaína ao bebê já ocorreu.

As mães que optaram por amamentar, mas seguem usando cocaína de forma intermitente, devem esperar 24 horas, após o consumo da droga, para alimentar o bebê com seu leite^{157, 158}. Este é o tempo para uma eliminação da cocaína que evite passar volumes perigosos da substância à criança¹⁵⁹. É totalmente contraindicado e perigoso ao bebê colocar cocaína em pó no mamilo ao amamentar. Algumas mães se propõem a isso (aplicações tópicas), vendo que o bebê está dependente e chorando pela droga.

Quando uma mãe for acolhida em Comunidade Terapêutica, durante o período de aleitamento materno, vale o Estatuto da Criança e do Adolescente. Seu artigo 9º dispõe que o poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive

¹⁵³ U.S. Department of Health and Human Services. **Pregnant, Substance-Using Women: Treatment Improvement Protocol (TIP)**. Series 2. DHHS Publication No. (SMA) 95-3056. Rockville (MD): Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999. Disponível em: <<http://adaiclearinghouse.org/downloads/TIP-2-Pregnant-Substance-Using-Women-83.pdf>>.

¹⁵⁴ NSW Government; Royal Hospital for Women. **Suppression of lactation or weaning: clinical policies, procedures & guidelines**. Gosford: Royal Hospital for Women, 21 jun 2012. Disponível em: <<http://www.seslhd.health.nsw.gov.au/rhw/Manuals/documents/Lactation/Suppression%20of%20Lactation%20or%20Weaning.pdf>>.

¹⁵⁵ HAMDAN, A. H. Neonatal Abstinence Syndrome Clinical Presentation. **Medcape**, Aug 11, 2014. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/978763-clinical>>.

¹⁵⁶ FRÍGULIS, B. et al.. A comprehensive review of assay methods to determine drugs in breast milk and the safety of breast-feeding when taking drugs. **Anal Bioanal Chem** 2010;397(3):1157-79. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00216-010-3681-0>>.

¹⁵⁷ CRESSMAN, A. M. et al. Maternal cocaine use during breastfeeding. **Canadian Family Physician**, November 2012 vol. 58 no. 11 1218-1219. Disponível em: <<http://www.cfp.ca/content/58/11/1218.full>> e em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498013/>>.

¹⁵⁸ WONG, S.; ORDEAN, A.; KAHAN, M.. SOGC clinical practice guidelines: substance use in pregnancy: no. 256, April 2011. **Int J Gynaecol Obstet** 2011;114(2):190-202. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21870360>>.

¹⁵⁹ SARKAR, M.; DJULUS, J.; KOREN, G. When a cocaine-using mother wishes to breastfeed proposed guidelines. **The Drug Monit** 2005;27(1):1-2. Disponível em: <http://journals.lww.com/drug-monitoring/Citation/2005/02000/When_a_Cocaine_Using_Mother_Wishes_to_Breastfeed_.1.aspx>.

aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade. Portanto, todas as instituições, sejam públicas ou privadas, precisam dar condições de a mãe permanecer com a criança durante o período de aleitamento materno, que dura em média 11 meses.

5.4 A estada do neonato na maternidade

Poderá haver necessidade de internação do recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal, para investigação de intercorrências no período neonatal precoce. Nesta fase devem-se levar em conta as questões sociais, buscando-se o envolvimento do serviço social e do conselho tutelar. Frequentemente são levantadas dúvidas se esses bebês deveriam ser internados de rotina para avaliação e por dificuldades relacionadas ao comportamento materno. Essa questão, ao envolver operadores do direito, pode envolver controvérsias, pois ela ainda encontra limitações legais e éticas, a serem esclarecidas, com a finalidade de definir o manejo inicial para esses recém-nascidos¹⁶⁰.

É mais lógico que a conduta derive da observação de cada caso, singularmente. Não há motivos técnicos e éticos para que uma internação involuntária ou compulsória do bebê seja impulsionada como rotina nas maternidades. A internação em hospitais não deve ocorrer apenas pelo fato de que parcelas da população defende o reforço de um controle sobre os fenômenos sociais e antropológicos a ser exercido através de profissionais da saúde. Hospital não é albergue, não é creche, não é residência e não é prisão. A internação deve ocorrer por critérios técnicos de ordem médica¹⁶¹. A prudência contra os maus tratos, pela mãe, ou por ausência de família, merece um estudo singular, caso a caso. Se necessário, será importante fazer avaliações multidisciplinares, por assistente social, psicólogo, psiquiatra, obstetra e pediatra.

A abertura de canais de comunicação entre a maternidade, outros componentes da Rede Cegonha, a rede básica e o serviço social é medida importante. Os serviços sociais municipais poderão prover albergue para mães sem teto ou moradoras de rua, e providenciar estrutura que garanta a frequência regular a um serviço de saúde mental (CAPS, ambulatório ou unidade básica de saúde), assim como aos serviços onde pode ser feito o acompanhamento da puérpera e do bebê em outras áreas da saúde.

¹⁶⁰ MARTINS-COSTA, Sergio Hofmeister et al. Crack: a nova epidemia obstétrica. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 33, n. 1, mar. 2013. ISSN 2357-9730. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/33833>>.

¹⁶¹ SERRANO, Alan Índio. Os direitos do doente mental no contexto do sistema único de saúde em Santa Catarina. **Sequência Estudos Jurídicos e Políticos**, V. 22 n. 42 (2001). Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15397/13980>>.



Cannabis sativa, gravura de Franz Eugen Köhler, Medizinal-Pflanzen, 1896.

Abuso de Alucinógenos

Protocolo Clínico

Alan Indio Serrano
Tadeu Lemos
Guilherme Mello Vieira
Evelyn Cremonese
Anna Paula G. Macarini

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

As substâncias psicodislépticas com propriedades alucinógenas frequentemente são chamadas de psicoticomiméticas, por imitarem sintomas típicos de psicoses, como as distorções da sensopercepção. Eventualmente são chamadas de drogas psicodélicas (do grego psico = mente, delos = expansão), pois podem borrar os limites entre o sonho e a realidade. Estas substâncias podem ser encontradas na natureza, em plantas, ou são produzidas em laboratórios, de regra clandestinos.

Abusos e intoxicações por alucinógenos naturais são levados a emergências de hospitais ou a outros serviços de saúde, muitas vezes associados a pânico, ansiedade grave ou medo. Estas condições são chamadas popularmente de viagens ruins, muitas vezes, mesmo no Brasil, ditas, em inglês, *bad trip*. Os alucinógenos sintéticos podem causar riscos físicos imediatos e maiores. Por exemplo, o *ecstasy* (psicodisléptico metanfetamínico) pode causar desidratação e levar à morte.

Em geral as experiências com alucinógenos naturais são intensas e não deixam vontade de repeti-las com muita frequência. O uso pesado deve levar à investigação de comorbidades psiquiátricas ou de uso concomitante de outras drogas.

A maconha ou cânhamo (*Cannabis sativa* e *Cannabis indica*) contém vários compostos, entre os quais o tetraidrocanabinol (Δ^9 -THC). O haxixe

(*hashish*) é o exsudato resinoso seco, extraído do tricoma, das flores e das inflorescências da planta. Há algumas controvérsias sobre a gravidade dos efeitos do uso por longo prazo (apesar da observação clínica de síndrome amotivacional, dificuldade de aprendizagem, redução de memória e queda temporária nas funções executivas). Há evidências de que a substância pode antecipar e intensificar distúrbios psicológicos em usuários com predisposição a transtornos mentais¹⁶². O uso contínuo, para quem tem sintomas psicóticos, impacta nos sintomas e intensifica a psicose¹⁶³. Os profissionais da saúde têm se confrontados com pacientes pedindo ajuda para efeitos colaterais da maconha como resultado da existência atual de formas transgênicas mais fortes de *Cannabis*, conhecidas como "*skunk*".

No Brasil encontra-se a psilocibina em alguns cogumelos dos gêneros *Psilocybe* e *Panaeolus*. Os efeitos colaterais da psilocibina podem levar a dificuldades de atenção, acidentes e automutilação¹⁶⁴.

A *Salvia divinorum* é uma planta rara, entre as 900 espécies de sálvia (ou salva), que contém a salvinorina, usada em tradições xamânicas mexicanas. É vendida como erva importada.

A dimetiltriptamina (DMT) causa dilatação das pupilas, suor excessivo, taquicardia, náuseas e vômitos, temporariamente. É usada na forma de vinho de Jurema, preparado a partir da planta brasileira *Mimosa hostilis*, cujos efeitos foram descritos por José de Alencar no romance Iracema. O vinho de Jurema é utilizado em rituais religiosos. O ayahuasca, bebida xamânica sacramental, preparado com o *Banisteriopsis caapi* (cipó mariri ou jagube) e a *Psychotria viridis* (chacrona) contém, também a DMT. Há legalização de produção, porte e uso para seitas religiosas segundo a doutrina do Santo Daime. Suas alucinações, em rituais, são chamadas mirações e tem características maleáveis: dependem da sensibilidade e personalidade do indivíduo, do estado emocional no momento, da expectativa que a pessoa tem sobre os efeitos, do ambiente acolhedor e ritualístico e da presença de outras pessoas como guias. Pessoas com predisposição à esquizofrenia ou com psicoses delirantes latentes correm o risco de desencadear a psicose a partir de uma tomada da substância. Este fenômeno é conhecido, popularmente, como "viagem sem volta".

Grande número de drogas sintetizadas em laboratório tem circulado no comércio, de forma legal e ilegal, nas últimas décadas.

A dietilamida do ácido lisérgico (LSD-25 ou apenas LSD) foi descoberta em 1938, quando o químico Albert Hofmann pesquisava os derivados do ergot a partir do fungo que cresce em grãos de centeio. A intoxicação pode gerar distorção do juízo crítico, aumentando o risco de acidentes e de comportamento perigoso a si e a terceiros.

O *flashback*¹⁶⁵ é um fenômeno que ocorre, em diferentes intensidades, em mais de 60% dos casos: dias após uma experiência com LSD podem

¹⁶² SANTOS, B.S.; COERTJENS, M. A neurotoxicidade da *Cannabis sativa* e suas repercussões sobre a morfologia do tecido cerebral. **ABCS Health Sci.** 2014; 39(1):34-42. Disponível: <http://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Coertjens/publication/261984565_Cannabis_sativa_neurotoxicity_and_impacts_on_the_brain_tissue_morphology/links/00463536104d173fdb000000>.

¹⁶³ KUEPPER, R. et al. Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. **BMJ British Medical Journal**, 2011; 342:d738. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d738>>.

¹⁶⁴ GAHR, M. et al. Self-mutilation induced by psychotropic substances: A systematic review. **Psychiatry Research**, Volume 200, Issues 2-3, pages 977-983, December 30, 2012 Disponível em: <<http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781%2812%2900339-3/abstract>>.

¹⁶⁵ BAGGOTT, M.J. et al. Abnormal visual experiences in individuals with histories of hallucinogen use: A web-based questionnaire. **Drug & Alcohol Dependence**, Volume 114, Issue 1, 61 - 67. Disponível em: <<http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716%2810%2900320-0/abstract>>.

reaparecer, brevemente, sintomas psíquicos da experiência anterior, sem que o usuário tenha tomado novamente a droga. O flashback é geralmente uma vivência psíquica assustadora, pois a pessoa não estava procurando ou esperando ter aqueles sintomas, e assim os mesmos acabam por aparecer em momentos bastante impróprios, sem que ela saiba porque, podendo até pensar que está ficando louca¹⁶⁶. Mais raramente podem ocorrer distúrbios alucinatorios persistentes, como os descritos na forma de “neve visual”, capazes de ser confundidos com a aura de enxaquecas¹⁶⁷. Alucinações persistentes e repetidas são relatadas também em psicóticos e pessoas com traços de personalidade tendentes a psicoses, após o uso da droga¹⁶⁸.

As ditas “*smart drugs*”, como a BZP (1-benzilpiperazina), a mefedrona (4-metilcatinona) e o “spice” têm o potencial de ativar psicoses.

A fenilciclídina (fenilcicloexilpiperidina) é um anestésico, conhecido como PCP, pó de anjo, poeira da lua, *hog* e “tranquilizante de cavalos”. É fumada, após pulverização sobre folhas de vegetais. Doses elevadas de fenilciclídina baixam a tensão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória, causando náuseas, vômitos, visão turva, nistagmo, perda do equilíbrio e tonturas. Pode haver convulsões, coma e morte. Há relatos de suicídio e de lesão acidental durante intoxicação. O consumo em longos prazos pode causar degeneração neuronal secundária durante a excitotoxicidade mediada por glutamato, gerando a lesão de Olney¹⁶⁹. A quetamina é um seu derivado.

A mefedrona (4-metilmetcatinona) é conhecida popularmente por “miau-miau” e “sais de banho”. Há casos de morte relatados na literatura, com estas substâncias, cujos efeitos estão na linha dos derivados anfetamínicos, como o *ecstasy*^{170, 171}.

Ecstasy, ou êxtase, é a denominação popular do 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), sintetizado e patenteado por Merck em 1914, inicialmente como moderador de apetite. Além de efeito alucinógeno, provoca efeitos estimulantes como o aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, boca seca, náusea, sudorose e euforia. Em longo prazo provoca alterações do humor e do

¹⁶⁶ CEBRID. Departamento de Psicobiologia. UNIFESP/EPM. **Perturbadores (alucinógenos) sintéticos**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropicas. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/perturbadores_.htm>.

¹⁶⁷ SCHANKIN, C.J. et al. Clinical characterization of “visual snow” (Positive Persistent Visual Disturbance). *The Journal of Headache and Pain* 2013, 14 (Suppl 1):P132. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document_file/41c4affb-bdbd-446d-8a12-4732aa3ee96b/PubMedCentral/41c4affb-bdbd-446d-8a12-4732aa3ee96b.pdf>.

¹⁶⁸ LEV-RAN, S. et al. Clinical Characteristics of Individuals With Schizophrenia and Hallucinogen Persisting Perception Disorder: A Preliminary Investigation. *Journal of Dual Diagnosis*, Vol. 10, Iss. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15504263.2014.906155#.VF4llcksBEB>>.

¹⁶⁹ As lesões de Olney, também conhecidas como neurotoxicidade do antagonismo aos receptores NMDA, são uma forma potencial de danos cerebrais causado por altas doses de anestésicos dissociativos. Vide: OLNEY, J.; LABRUYERE, J.; PRICE, M. Pathological changes induced in cerebrocortical neurons by phencyclidine and related drugs. *Science*, 244 (4910): 1360–2. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2660263?dopt=Abstract>>.

¹⁷⁰ BURILLO-PUTZE, G., et al. Drogas emergentes (I): las “smart drugs”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2011; 34 (2): 263-274. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n2/revision2.pdf>>.

¹⁷¹ SEGAL, H. D., et al. Panorama actual en el uso de drogas emergentes. *Health and Addictions Journal*, Vol. 14, núm. 1 (2014). Disponível em: <[http://www.haaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path\[\]=213&path\[\]=217](http://www.haaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path[]=213&path[]=217)>.

sono¹⁷². A intoxicação causa um estado de excitação e altera a homeostase termal do corpo¹⁷³, podendo levar a desidratação intensa e rabdomiólise, inclusive com morte¹⁷⁴.

Para todas estas drogas sintéticas, o risco psiquiátrico mais importante é o desencadeamento de transtorno mental grave na pessoa com predisposição. Pessoas predispostas à esquizofrenia podem ter, na experiência destas substâncias, o desencadeante da doença. Na intoxicação aguda o indivíduo pode perder a noção de realidade, se expondo a situações de perigo.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F16 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos.

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 – Estado de abstinência
 - .30 Não complicado
 - .31 Com convulsões
- .7 – Transtorno psicótico residual e de início tardio
 - .70 Flashbacks (revivescências)
 - .74 Outro comprometimento cognitivo persistente
 - .75 Transtorno psicótico de início tardio
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios¹⁷⁷ diagnósticos a serem utilizados são:

- A. Uso recente de um alucinógeno.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal adaptativas e clinicamente significativas (por ex., ansiedade ou depressão acentuada, ideias de referência, medo de perder o juízo, ideação paranoide, prejuízo no julgamento ou prejuízo no

¹⁷² OGEIL, R. P., et al. Male and female ecstasy users: Differences in patterns of use, sleep quality and mental health outcomes. **Drug and Alcohol Dependence**, Volume 132, Issues 1–2, 1 September 2013, Pages 223–230. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871613000392>>.

¹⁷³ PARROTT, A.C. MDMA and temperature: A review of the thermal effects of ‘Ecstasy’ in humans.

Drug & Alcohol Dependence, Volume 121, Issue 1, 1 – 9. Disponível em:

<<http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716%2811%2900357-7/abstract>>.

¹⁷⁴ MILROY, C.M. “Ecstasy” associated deaths: what is a fatal concentration? Analysis of a case series.

Forensic Science, Medicine, and Pathology, September 2011, Volume 7, Issue 3, pp 248-252.

Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s12024-010-9220-7>>.

¹⁷⁵ SOO HOO, Guy W. The Agony With Ecstasy Lessons From a Recent Rave. **J Intensive Care Med**,

July/August 2013 vol. 28 no. 4 259-261. Disponível em: <<http://jic.sagepub.com/content/28/4/259.full>>.

¹⁷⁶ EEDE, H. V., et al. Rhabdomyolysis in MDMA Intoxication: A Rapid and Underestimated Killer.

“Clean” Ecstasy, a Safe Party Drug? **The Journal of Emergency Medicine**, Volume 42, Issue 6, June

2012, Pages 655–658. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467909003266>>.

¹⁷⁷ Foram utilizados os critérios do DSM, nestes casos mais especificadores do que os da CID-10. Vide:

APA – American Psychiatric Association. **DSM-IV**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos

mentais. 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

- funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.
- C. Alterações perceptuais ocorrendo em um estado de plena vigília e alerta (por ex., intensificação subjetiva de percepções, despersonalização, desrealização, ilusões, alucinações, sinestésias) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.
- D. Dois (ou mais) dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de alucinógenos:
- (1) dilatação das pupilas
 - (2) taquicardia
 - (3) sudorese
 - (4) palpitações
 - (5) visão turva
 - (6) tremores
 - (7) falta de coordenação.
- E. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Para o código F16.70 (transtorno psicótico residual por alucinógenos, flashbacks), a característica essencial é a recorrência transitória de perturbações da percepção que relembram aquelas experimentadas durante uma ou mais Intoxicações com alucinógenos. O usuário não deve ter sofrido uma intoxicação com alucinógenos recente nem apresentar toxicidade atual com a droga (Critério A). Esta reexperiência dos sintomas perceptuais causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). Os sintomas não se devem a uma condição médica geral (por ex., lesões anatômicas e infecções cerebrais ou epilepsias visuais) nem são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., delirium, demência ou esquizofrenia) ou por alucinações hipnopômicas (Critério C). As perturbações perceptuais podem incluir formas geométricas, imagens no campo periférico de visão, lampejos coloridos, cores intensificadas, rastros de imagens (imagens que ficam suspensas no trajeto de um objeto em movimento), etc..

Os episódios podem ceder após vários meses, mas muitas pessoas relatam episódios que persistem por 5 anos ou mais. O teste de realidade permanece intacto (isto é, a pessoa reconhece que a percepção é um efeito da droga e não representa a realidade externa).

Se o usuário tem uma interpretação delirante envolvendo a etiologia de uma perturbação perceptual, deve-se fazer um diagnóstico diferencial ou pesquisar comorbidades psicóticas.

4. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final. Em adolescentes e crianças, muitas vezes os quadros especiais, de difícil abordagem, são sociais, implicando procedimentos de serviço social, do setor de educação e de áreas de segurança pública, justiça e cidadania, além dos de saúde.

5. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Nas intoxicações graves o tratamento é em prontos-socorros de hospitais gerais. Os procedimentos hospitalares duram poucas horas, podendo ser o paciente liberado para tratamento em outros pontos da rede. Não há tecnologias hospitalares específicas para este tipo de dependência, capazes de justificar a internação hospitalar como meio de tratamento ao longo de vários dias.

Como regra, o seguimento é ambulatorial. Pode ser feito em unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS) e outros serviços ambulatoriais.

6. TRATAMENTO

É fundamental avaliar o grau das intoxicações severas, especialmente diante do uso de alucinógenos sintéticos, para montar um esquema de preservação da vida. O tratamento das intoxicações é sintomático. Havendo complicações haverá abordagem clínica específica para cada complicação.

No caso do *ecstasy* o tratamento poderá envolver hidratação endovenosa. Diante de dúvidas, a consulta ao Centro de Informações Toxicológicas (CIT) pode ser muito importante. Recomenda-se consultar o protocolo sobre intoxicações e envenenamentos.

As reações adversas com LSD, de ordem psiquiátrica, com insegurança e angústia, podem ser resolvidas, em geral, pelo diálogo tranquilizador, com técnicas meramente de conversa¹⁷⁸. Eventualmente, quando há sentimentos assustadores muito intensos, demorando para passar, a clorpromazina e o haloperidol são eficazes. Não há antídoto específico. Superdosagens podem levar a rabdomiólise, falência renal e hipotensão¹⁷⁹. Nestes casos o paciente precisará ser internado.

Quando o usuário de alucinógenos se agita, no pronto-socorro, é colocado numa sala tranquila para que se descontraia, sob controle frequente da pressão arterial, do ritmo cardíaco e da respiração. Aos intoxicados com fenilciclidina geralmente a conversa, no sentido de acalmar, não ajuda, pois a beligerância pode ser um efeito da droga. Pelo contrário, pode irritá-los mais¹⁸⁰. Se o ambiente tranquilo não os acalmar, o médico pode administrar diazepam via oral, preferencialmente.

Diante da intoxicação por alucinógenos naturais, em geral as medidas farmacológicas são desnecessárias. O paciente deve ficar em observação até a extinção dos sintomas.

Na emergência, os quadros ansiosos podem ser manejados com administração sintomática de benzodiazepínicos orais. Os quadros psicóticos podem ser aliviados com neurolépticos, entre os quais se destaca a clorpromazina, na dose de 25 a 125 mg, e o haloperidol, na dose de 5 mg.

A toxicidade aguda da maconha é baixa, podendo acontecer acidentes secundários ao prejuízo do desempenho psicomotor. O tratamento da intoxicação aguda é sintomático, podendo ser administrados antipsicóticos (haloperidol

¹⁷⁸ SMITH, D. E. et al. From Hofmann to the Haight Ashbury, and into the Future: The Past and Potential of Lysergic Acid Diethylamide. **Journal of Psychoactive Drugs**, Vol. 46, Iss. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02791072.2014.873684#tabModule>>.

¹⁷⁹ BARCELOUX, D. G. **Medical Toxicology of Drug Abuse: Synthesized Chemicals and Psychoactive Plants**. Hoboken (New Jersey): John Wiley & Sons, 2012. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=OWFiVaDZnkQC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.

¹⁸⁰ MERK. **Manual Merck: Saúde para a Família. Seção 7. Perturbações mentais. Dependência e Toxicomania**. Passo de Arcos: MSD Portugal Ltda., 2009. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=118>>.

5 mg) na presença de sintomas psicóticos e benzodiazepínicos (diazepam 10 mg) nos quadros ansiosos.

Apesar de não desencadear os sintomas característicos da síndrome de abstinência, o uso crônico da maconha, em altas doses, pode induzir a uma dependência psicológica, além de prejuízo de memória, desinteresse e desmotivação para atividades diárias. Antidepressivos podem ser utilizados para manejo da síndrome amotivacional, caso falhem as abordagens psicossociais após a suspensão do consumo da droga.

Não existem medicamentos adequados para a dependência de alucinógenos. Há relatos, ainda não confirmados, de que a bupropiona possa ter algum efeito no tratamento do abuso continuado de metanfetamina (ecstasy)¹⁸¹.

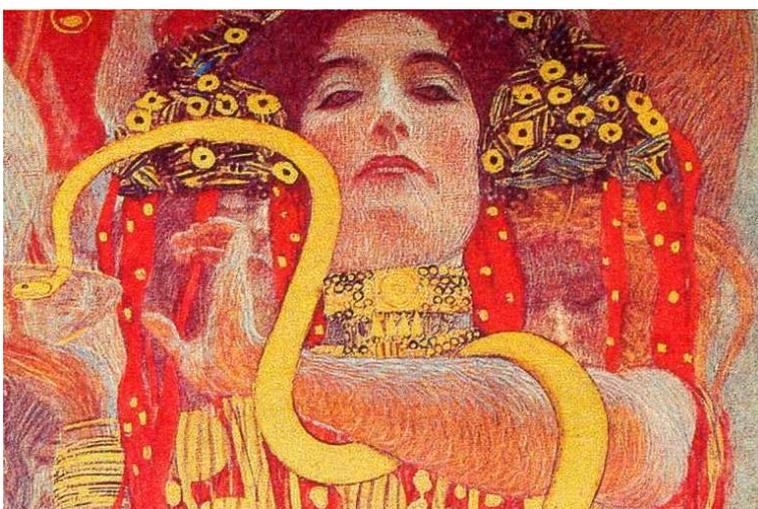
As equipes de atenção básica devem considerar intervenções psicossociais, e intervenções motivacionais para os casos leves, visando a reorganização de estilos de vida.

Os casos graves precisarão de um projeto terapêutico singular, a ser montado em CAPS. Após a intervenção dos especialistas, o caso poderá ser contrarreferenciado novamente à atenção básica.

A avaliação e a abordagem de comorbidades, como esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressões e ansiedades são fundamentais, na montagem de estratégias de tratamento.

Veja-se o protocolo de acolhimento, genérico, para dependências químicas.

¹⁸¹ KARILAL, L., et al. Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review. *Br J Clin Pharmacol*. 2010 Jun;69(6):578-92. doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03639.x. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883750/>>.



A deusa grega Hígia, na pintura Medicina, de Gustav Klimt, 1907.

Abuso e dependência de Anfetaminas

Protocolo Clínico

Alan Indio Serrano
Tadeu Lemos
Guilherme Mello Vieira
Evelyn Cremonese
Anna Paula G. Macarini
Rosalie Kupka Knoll

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

As anfetaminas são medicações com indicação do tratamento da narcolepsia, de alguns casos graves de obesidade mórbida e de alguns casos de do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Além de sua produção industrial legal, elas também são sintetizadas em laboratório clandestinos, para fins não médicos. Tais laboratórios produzem sintéticos tradicionais, como o femproporex, e sintéticos mais novos, como o MDMA (*ecstasy*).

As anfetaminas podem causar dependência, mas boa parte dos usuários não costuma procurar tratamento.

A preocupação com as drogas anfetamínicas, algumas vezes ilegais, outras vezes utilizadas para tratamento médico de obesidade mórbida, aumentou após a expansão de suas prescrições para crianças e adultos com déficit de atenção e hiperatividade, pois eventualmente ocorrem desvios de remédios e aumento voluntário das doses pelos pacientes.

Usuários obesos, pessoas que usam drogas para não dormir e jovens que usam recreacionalmente são candidatos à dependência e a riscos para a saúde.

As anfetaminas legais são a d-anfetamina, a metanfetamina HCl, a fenfluramina, o metilfenidato, o pemolide, o femproporex, o mazindol, a dietilpropiona e a anfepramona. São ilegais a 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), conhecida como êxtase ou *ecstasy*, a 4-metilaminorex, conhecida como *ice*, e um derivado metanfetamínico conhecido como *crystal*.

Há poucas evidências sobre a efetividade do femproporex na perda de peso em obesos. O uso de femproporex na dose de 20 mg ao dia combinado

ou não com 6 mg de diazepam, por 6 meses, resulta em perda de 8,8% a 12,2% do peso inicial, enquanto que em grupo controle, com placebo, a perda é de 5,3%: um resultado muito pequeno em comparação com mero uso de placebo¹⁸². A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia emitiram, em 2010, uma diretriz definindo a possibilidade médica de tratamento com anfetaminas¹⁸³. O uso de medicamentos no tratamento da obesidade e sobrepeso é de segunda linha, e apenas deve ser considerado quando houver falha do tratamento não farmacológico em pacientes:

- 1) Com IMC igual ou superior a 30 kg/m²;
- 2) Com IMC igual ou superior a 25 kg/m² associado a outros fatores de risco, como a hipertensão arterial, DM tipo 2, hiperlipidemia, apneia do sono, osteoartrose, gota, entre outras;
- 3) Com circunferência abdominal maior ou igual a 102 cm (homens) e 88 cm (mulheres).

É importante a adoção de critérios rígidos para prescrição dessas substâncias (por profissionais devidamente qualificados e capacitados), cujo uso deve ser restrito a indivíduos submetidos à rigorosa avaliação e acompanhamento médicos, conforme diretrizes formais de tratamento estabelecidas por entidades médicas, como afirma, em documento oficial, o Conselho Regional de Farmácia de São Paulo¹⁸⁴. No Reino Unido o sistema nacional de saúde lançou um guia para o manejo de drogas controladas na atenção primária, visando prevenir abusos com fármacos¹⁸⁵.

No Brasil, associações de especialidades médicas têm tido a preocupação de lançar diretrizes sobre o tema do abuso e da dependência, através da Associação Médica Brasileira^{186, 187} e de suas filiadas.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

¹⁸² ZARAGOZA, R.M. et al. Efficacy and safety of slow-release fenproporex for the treatment of obesity. *Rev Mex Cardiol*, 2005;16:146-54. Apud ACM. **Abuso e Dependência de Anfetamínicos**. Projeto Diretrizes. [BESSA, M.A. et al.]. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo, Associação Brasileira de Nutrologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Médica Brasileira, 2012. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_anfetaminicos.pdf>.

¹⁸³ ABESO. SBEM. **Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso**: Posicionamento Oficial da ABESO/ SBEM, 2010. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2010. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes2010.pdf>>.

¹⁸⁴ CRF/SP. **Parecer Técnico sobre o Uso de Anorexígenos**. São Paulo: Conselho Regional de Farmácia de São Paulo, 2011. Disponível em: <http://portal.crfsp.org.br/images/arquivos/parecer_tecnico_anorexigenos.pdf>.

¹⁸⁵ NHS. National Prescribing Centre. **A guide to good practice in the management of controlled drugs in primary care** (England): 3rd. edition, version 3.1 updated 1st October 2010. Londres: NHS, 2010. Disponível em: <http://www.npc.nhs.uk/controlled_drugs/resources/controlled_drugs_third_edition.pdf>.

¹⁸⁶ AMB. **Abuso e Dependência de Anfetamina**. Projeto Diretrizes. [BESSA, M.A. et al.]. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Médica Brasileira, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/003.pdf>.

¹⁸⁷ AMB. **Abuso e Dependência de Anfetamínicos**. Projeto Diretrizes. [BESSA, M.A. et al.]. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo, Associação Brasileira de Nutrologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Médica Brasileira, 2012. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_anfetaminicos.pdf>.

F1 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de anfetaminas.

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

3. DIAGNÓSTICO

Perda de peso, anemia e outros sinais de desnutrição e comprometimento da higiene pessoal freqüentemente são vistos com a dependência de anfetamina prolongada.

A intoxicação com anfetamina aguda às vezes está associada a confusão, fala errática, cefaleia, ideias transitórias de referência e tinido. Durante a intoxicação intensa, podem ocorrer ideação paranoide, alucinações auditivas em um sensorio claro e alucinações táteis.

Freqüentemente o usuário da substância reconhece que esses sintomas decorrem dos estimulantes. Raiva extrema, com ameaças ou demonstrações de comportamento agressivo, pode ocorrer. Alterações do humor, tais como depressão com ideação suicida, irritabilidade, anedonia, instabilidade emocional ou perturbações na atenção e concentração são comuns, especialmente durante a abstinência.

Os critérios para diagnóstico da síndrome de abstinência de anfetamina são os seguintes:

- A. Cessação (ou redução) de um uso pesado e prolongado de anfetamina (ou substância correlata).
- B. Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se em horas a dias após o Critério A:
 - (1) fadiga
 - (2) sonhos vívidos e desagradáveis
 - (3) insônia ou hipersonia
 - (4) apetite aumentado
 - (5) retardo ou agitação psicomotora.
- C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

A fase inicial da síndrome de abstinência ocorre como falha dos efeitos estimulantes. Os sintomas incluem sono prolongado, humor deprimido, irritabilidade (mesmo na fase inicial), fissura ou desejo de consumir a droga. A fase inicial pode durar um a dois dias e, é seguida por um período mais longo, de vários dias a semanas apresentando inconstância de humor (irritabilidade, depressão, incapacidade de sentir prazer), fissura, sono perturbado, letargia.

Em alguns casos surgem sintomas psicóticos, durante a primeira e a segunda semanas, principalmente se eles estavam presentes durante os períodos de uso, geralmente com delírios paranoides, de tipo celotípico (de ciúmes) ou persecutórios.

4. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

5. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Em caso de intoxicação grave, por superdosagem, o atendimento deve ser em pronto-socorro de hospital geral.

O tratamento da dependência é ambulatorial. Pode ser feito em unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS) e outros serviços ambulatoriais. Excepcionalmente, havendo sintomas psicóticos intensos, há necessidade de internação curta em leitos de saúde mental, seja em hospital geral, ou em hospital especializado.

6. TRATAMENTO

Não existe medicação eficaz no controle da síndrome de abstinência, devendo a abordagem ser sintomática.

Uma suposta validade da mirtazapina na síndrome de abstinência e na continuidade do tratamento não foi comprovada por evidências científicas suficientes¹⁸⁸. Os efeitos da paroxetina¹⁸⁹, assim como de outros antidepressivos, e do modafinil¹⁹⁰ se mostraram diminutos.

Alguns autores defendem o uso da bupropiona 150 mg duas vezes ao dia, por no máximo 18 dias no mês, baseados em literatura que apresentou

¹⁸⁸ SHOPTAW, S. J; KAO, U.; HEINZERLING, K.; LING, W. Treatment for amphetamine withdrawal. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 2. Art. No.: CD003021. DOI: 10.1002/14651858.CD003021.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003021.pub2/abstract>>.

¹⁸⁹ PIASECKI, M.P., et al. An exploratory study: the use of paroxetine for methamphetamine craving. **J Psychoactive Drugs**. 2002 Jul-Sep;34(3):301-4. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.2002.10399967#.VF9IJsksBEA>>.

¹⁹⁰ ANDERSON, A.L., et al. Modafinil for the treatment of methamphetamine dependec. **Drug Alcohol Depend**. 2012 Jan 1;120(1-3):135-41. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.07.007. Epub 2011 Aug 12. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227772/>>.

alguns resultados favoráveis¹⁹¹, ¹⁹², ¹⁹³, inclusive com certos efeitos em casos envolvendo metanfetamina (*ecstasy*)¹⁹⁴.

Pode-se utilizar neurolépticos (como o haloperidol e a clorpromazina), em caso de sintomas psicóticos.

Os neurolépticos diminuem a fissura pela droga, mas têm efeitos colaterais sedativos que levam os usuários a não querer usá-los. No caso de crises de ansiedade e pânico, pode-se usar atarácicos (benzodiazepínicos).

Dentre as opções de tratamento para a dependência em si, as psicoterapias e outras intervenções psicossociais foram as que demonstraram mais eficácia até o momento. As técnicas de terapia cognitiva comportamental, psicoeducação de familiares, grupo de apoio e aconselhamento individual tem se apresentado, na literatura, como o fundamento da abordagem pelas equipes de saúde mental¹⁹⁵.

Contudo, as abordagens psicoterápicas e psicossociais, apesar de terem sucesso em alguns casos, não conseguem eficácia em muitas situações. Os resultados, no conjunto, dependem de característica de cada caso, da inserção social do paciente, e de sua personalidade.

¹⁹¹ TARDIEU, S.; POIRIER, Y.; MICALLEF, J.; BLIN, O. (2004), Amphetamine-like stimulant cessation in an abusing patient treated with bupropion. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 109: 75–78. doi: 10.1111/j.0001-690X.2004.t01-1-00196.x. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0001-690X.2004.t01-1-00196.x/full>>.

¹⁹² NEWTON, T.F.; ROACHE, J.D.; DE LA GARZA, R. et al. Bupropion Reduces Methamphetamine-Induced Subjective Effects and Cue-Induced Craving. **Neuropsychopharmacology** 31(7): 1537–1544, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16319910>>.

¹⁹³ MC CANN, D.J.; LI, S.H. A novel, nonbinary evaluation of success and failure reveals bupropion efficacy versus methamphetamine dependence: reanalysis of a multisite trial. **CNS Neurosci Ther.** 2012 May; 18(5):414-8. Epub 2011 Oct 18. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22070720>>.

¹⁹⁴ KARILAL, L., et al. Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review. **Br J Clin Pharmacol.** 2010 Jun;69(6):578-92. doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03639.x. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883750/>>.

¹⁹⁵ VOCCI, F.J.; MONTOYA, I.D. Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. **Curr Opin Psychiatry.** 2009 May;22(3):263-8. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832a3b44. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2825894/>>.

Abuso e dependência de derivados do ópio



PLATE XIII.—*Papaver somniferum* (Opium Poppy). (From Jackson: *Experimental Pharmacology and Materia Medica*.)

Papoula.

Fonte: JACKSON, Denis Emerson (1917).



Papoulas.

Fonte: KÖHLER, Franz Eugen (1887). *Köhler's Medizinal-Pflanzen*.

Protocolo Clínico

Alan Indio Serrano
Tadeu Lemos
Guilherme Mello Vieira
Evelyn Cremonese
Anna Paula G. Macarini
Rosalie Kupka Knoll

e Grupo Consultores do QualISUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Atualmente, no Brasil, o uso de heroína não tem uma prevalência importante e não se constitui em problema de saúde pública. Há, contudo, abuso de outros derivados do ópio e de opioides sintéticos. Estas substâncias têm um efeito analgésico e hipnótico. Por ter estes dois efeitos estas drogas são também chamadas de “narcóticas”.

Morfina e codeína são opiáceos naturais, extraídas do ópio escorrido da planta *Papaver somniferum*, cuja flor é a papoula. A heroína é opioide semi-sintético, resultantes de modificações químicas parciais da morfina. O opioides são artificiais, como a meperidina, o propoxifeno e a metadona. A expressão “opioide”, atualmente, vem sendo aplicada a todas as substâncias naturais, semissintéticas ou

sintéticas que reagem com os receptores opioides, quer como agonista quer como antagonista, quer como antagonista¹⁹⁶.

A Organização Mundial da Saúde lançou uma diretriz mundial, incentivando as nações a tomarem medidas de saúde pública¹⁹⁷. As diretrizes organizadas por associações de especialidades médicas brasileiras abordam o tema dentro da realidade nacional¹⁹⁸.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F11 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opioides.

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

3. DIAGNÓSTICO

3.1 Diagnóstico da dependência de opioides

Quando os problemas relacionados ao uso de opioides são acompanhados por sinais e sintomas de tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo relacionado ao uso de opióides, um diagnóstico de dependência de opióides pode ser feito.

A dependência de opiáceos é caracterizada por um fortíssimo desejo de tomar a droga e por uma clara síndrome de abstinência na sua ausência. A tolerância é grande e o usuário necessita de aumentos frequentes das doses para ter os mesmos efeitos. Após a administração crônica, durante alguns dias ou semanas a suspensão do uso causa sintomas da síndrome de abstinência.

3.2 Diagnóstico da síndrome de abstinência de opioides¹⁹⁹

Os sintomas **iniciais** da síndrome de abstinência de opioides incluem:

- 1) Agitação
- 2) Ansiedade e irritabilidade

¹⁹⁶ DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opioides. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 55, n. 1, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000100015&lng=en&nrm=iso>.

¹⁹⁷ OMS. **Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf>.

¹⁹⁸ AMB. **Abuso e Dependência dos Opioides e Opiáceos**. Projeto Diretrizes. [BICCA, C., et al.]. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Associação Médica Brasileira, 2012. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_opioides.pdf>.

¹⁹⁹ DOYON, S. Opioids. In: TINTINALLI, J.E.; KELEN, G.D.; STAPCZYNSKI, J.S.; MA, O.J.; CLINE, D.M. (eds). **Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide**. 6a. ed. New York: McGraw-Hill, 2004. Disponível em: <<http://nucygapuny.unblog.fr/2014/10/28/download-ebook-tintinallis-emergency-medicine-a-comprehensive-study-guide/>>.

- 3) Dores musculares
- 4) Fúria e impulsividade elevadas
- 5) Insônia
- 6) Nariz escorrendo, lacrimejamento
- 7) Sudorese
- 8) Bocejos

Os sintomas **tardios** da síndrome de abstinência incluem:

- 1) Cólicas abdominais
- 2) Diarreia
- 3) Pupilas dilatadas
- 4) Calafrios corporais
- 5) Náusea
- 6) Vômitos

As reações da abstinência de opiáceos são muito desconfortáveis, variando segundo a droga da qual o usuário abusa. Em alguns casos ocorrem convulsões. Os sintomas normalmente começam 12 horas após o último uso de heroína e após 30 horas da última exposição a metadona.

3.3 Abstinência neonatal

A síndrome de abstinência neonatal é caracterizada por sofrimento do bebê, com disfunção do sistema nervoso autônomo, trato gastrointestinal e sistema respiratório. Ocorre alteração do reflexo de moro, choro excessivo, congestão nasal, bocejos, espirros, vômitos, diarreia, febre, dificuldade de sucção, podendo chegar a convulsões e morte. A síndrome de abstinência pode se iniciar já no primeiro dia e algumas vezes dura até o décimo. O tratamento é com opiáceos de retirada progressiva, para reduzir o risco de crises convulsivas.

3.4 Diagnóstico da intoxicação por opioides

No quadro abaixo mostra-se o diagnóstico diferencial entre intoxicação (overdose) e síndrome de abstinência.

Sinais e sintomas da intoxicação e da síndrome de abstinência por opioides

Intoxicação	Síndrome de abstinência
Ativação ou ímpeto (com baixas dosagens)	Humor deprimido e ansiedade, disforia
Sedação e apatia (com altas dosagens)	Fissura
Euforia ou disforia	Piloereção, lacrimejamento, rinorreia
Sensação de calor, rubor facial ou coceira	Atenção acima do normal para alguns estímulos
Juízo, atenção e memória prejudicados	Hiperalgesia, dores nas juntas e músculos
Analgesia, constipação, constrição pupilar	Diarreia, câibras gastrintestinais, náusea, vômito
Sonolência, arreflexia, hipotensão, taquicardia, depressão respiratória	Dilatação pupilar e fotofobia
Apnéia, sedação, coma	Insônia, bocejos sem conseguir dormir
	Hiperatividade autonômica (hiperreflexia, taquicardia, hipertensão, sudorese, hipotermia)

Fonte: MARTIN, HUBBARD (2000), apud BALTIERI (2004)²⁰⁰.

²⁰⁰ BALTIERI, Danilo Antônio, et al. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opioides no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004, 26(3) 259-69. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a11v26n4.pdf>>.

Aspectos farmacocinéticos e vias de administração dos opioides

Droga	Via de dosagem	Aspectos farmacocinéticos
Morfina	Oral (incluindo formas de lenta liberação), intravenosa, intramuscular, intratecal	Meia-vida de 3-4 horas Convertida para metabólito ativo (morfina-6-glicuronídeo)
Heroína	Intravenosa, intramuscular, fumada, oral	Meia-vida < 1 hora Parcialmente metabolizada para morfina
Metadona	Oral, intravenosa, intramuscular	Meia-vida > 24 horas Não há metabólito ativo
Petidina	Oral, intramuscular	Meia-vida 2-4 horas Metabólito ativo (norpetidina)
Buprenorfina	Sublingual, intratecal, subcutânea, intravenosa, intramuscular	Meia-vida de 12 horas Lento início da ação Inativada pela via oral devido ao efeito da primeira passagem
Fentanil	Intravenosa, epidural, adesivo	Meia-vida de 1-2 horas
Codeína	Oral	Atua como uma pró-droga Metabolizada para morfina e outros opióides ativos

Fonte: RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. (2000), apud apud BALTIERI (2004)²⁰¹.

Os quadros de intoxicação geralmente apresentam sedação, alteração do humor (predominando euforia) e miose (excetuando meperidina, que causa midríase). Com o aumento da dose pode ocorrer uma superdosagem (*overdose*), acidentalmente (mais frequente) ou intencionalmente (tentativas de suicídio), o que requer atendimento médico de emergência.

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ausência de adesão ao tratamento.

5. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

As crises de abstinência são tratadas em unidades de emergência de hospitais. Tal tratamento é breve, seguido de endereçamento a outros pontos da rede.

²⁰¹ BALTIERI, D.A., et al. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opioides no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004, 26(3) 259-69. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a11v26n4.pdf>>.

O tratamento destas dependências químicas, portanto, é ambulatorial. Pode ser feito em unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS) e outros serviços. O ideal é que o seguimento dos casos mais graves seja feito em ambulatórios especializados, em CAPS AD ou em CAPS com profissionais habilitados.

7. TRATAMENTO

Há indicações terapêuticas dos opioides e opiáceos para o tratamento de dores agudas e crônicas. Eles podem ser usados, também, no tratamento da própria dependência de opioides, na sua desintoxicação e na sua terapia de manutenção, pois há possibilidades de substituição de uma droga mais perigosa por outra, menos lesiva e de mais fácil retirada.

Na overdose ou superdosagem, o atendimento deve ser, preferencialmente, em serviços hospitalares de emergência. O atendimento deve contar com:

- a) Estabelecimento de suporte ventilatório adequado,
- b) Correção da hipotensão e manejo do edema pulmonar, contraindicando-se os diuréticos;
- c) Enfrentamento do coma e da depressão respiratória;
- d) Contato com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), para orientação e adequação da conduta;
- e) Avaliação da temperatura corporal (havendo febre, investigar infecções, inclusive pneumonia de aspiração, endocardite, meningite, HIV e hepatite;
- f) Reverter as convulsões após contato com o CIT e discussão do caso com a equipe de toxicologia.

A dependência de opioides tende a ser crônica, com recaídas frequentes. Saindo da emergência clínica, o paciente deve ser encaminhado para atendimento especializado, para realização do tratamento específico. Por isso, o médico deve reconhecer a existência de uma rede de atenção à saúde que disponibilize serviços multiprofissionais e transdisciplinares, tais como unidades sanitárias matriciadas por NASF, CAPS e CAPS AD. Além do tratamento farmacológico, será necessária a utilização de técnicas não-medicamentosas, incluindo abordagens comportamentais.

O fármaco de primeira escolha para tratamento da abstinência é a metadona²⁰². A metadona é indicada inclusive para grávidas dependentes. Pode-se iniciar com 15 a 40 mg/dia, VO, em doses divididas. O ideal seria retirar a metadona ao passar a síndrome de abstinência, o que pode gerar resistência do paciente. O médico deve diminuir gradualmente a dose até que não haja mais necessidade do produto, de preferência em intervalos de 1 ou 2 dias, de acordo com a resposta do paciente. Há evidências de que a metadona é superior à buprenorfina, uma alternativa semelhante²⁰³.

²⁰² MATTICK, R.P.; BREEN, C.; KIMBER, J.; DAVOLI, M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 2. Art. N^o: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub4. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002207.pub3/abstract>>.

²⁰³ MATTICK, R.P.; BREEN, C.; KIMBER, J.; DAVOLI, M. Mantenimiento con buprenorfina versus placebo o mantenimiento con metadona para la dependencia de opiáceos. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014 Issue 2. Art. N^o: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207. Disponível em: <<http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD002207.pdf>>.

Grupos de auto-ajuda (como os que trabalham com o método dos 12 passos, por exemplo os Narcóticos Anônimos), comunidade terapêuticas e grupos de apoio são complementos à terapia. As famílias e os cuidadores podem desempenhar um papel importante no apoio.

As complicações²⁰⁴ durante o tratamento de intoxicações graves e da síndrome de abstinência incluem vômitos e a respiração do conteúdo estomacal para os pulmões. Isto é chamado de aspiração e pode causar infecção pulmonar. Vômitos e diarreia podem causar desidratação e alterações químicas e minerais (eletrólitos) no corpo.

A maior complicação durante o tratamento da dependência é o retorno ao uso de drogas. A maior parte das mortes por overdoses de opiáceos ocorre em pessoas que tiveram uma recente descontinuação ou desintoxicação. Já que a descontinuação reduz a tolerância à droga, quem acabou de passar por uma descontinuação pode ter overdoses com uma quantidade muito menor do que a quantidade que costumavam usar.

Tratamentos em longo prazo são recomendados para a maioria das pessoas após a descontinuação. Isto pode incluir grupos de autoajuda, como os Narcóticos Anônimos, aconselhamento ao paciente de ambulatório, tratamento intensivo ao paciente de ambulatório (hospitalização diária), acolhimento em comunidade terapêutica ou mesmo, em casos excepcionais e graves, tratamento hospitalizado.

A descontinuidade do uso de opiáceos exige que se faça um exame psiquiátrico visando verificar a ocorrência de depressão e de outras doenças mentais. Um tratamento adequado das comorbidades pode reduzir o risco de recaídas. Medicamentos antidepressivos não devem ser administrados no caso de presumir-se que a depressão esteja apenas relacionada à abstinência. Reserva-se o antidepressivo para casos em que a depressão era uma condição pré-existente, comórbida.

Os objetivos do tratamento devem ser discutidos com o paciente, bem como as recomendações de cuidado. Se uma pessoa continua repetidamente em abstinência, a manutenção de metadona é fortemente recomendada.

²⁰⁴ DOYON, S. Opioids. In: TINTINALLI, J.E.; KELEN, G.D.; STAPCZYNSKI, J.S.; MA, O.J.; CLINE, D.M. (eds). **Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide**. 6a. ed. New York: McGraw-Hill, 2004. Disponível em: <<http://nucygapuny.unblog.fr/2014/10/28/download-ebook-tintinallis-emergency-medicine-a-comprehensive-study-guide/>>.

Anexo

Algumas apresentações contendo opioides ou opiáceos encontradas no Brasil.

Opiáceo ou Opióide	Indicação de uso médico	Nomes comerciais dos medicamentos	Preparações farmacêuticas
Naturais:			
Morfina	Analgésico	Morfina	Ampolas; comprimidos
Pó de ópio	Anti-diarréico; Analgésico	Tintura de ópio; Elixir Paregórico; Elixir de Dover	Tintura alcoólica
Codeína	Antitussígeno	Belacodid; Belpar; Codelasa; Gotas Binelli; Naquinto; Setux; Tussaveto; Tussodina; Tylex; Pastilhas Veabon; Pastilhas Warton; Benzotiol	Gotas; comprimidos; supositórios
Sintéticos:			
Meperidina ou Petidina	Analgésico	Dolantina; Demerol; Meperidina	Ampolas; comprimidos
Propoxifeno	Analgésico	Algafan® ; Doloxene A; Febutil; Previm Compositum; Femidol	Ampolas; comprimidos
Fentanil	Analgésico	Fentanil; Inoval	Ampolas
Semi-Sintéticos:			
Heroína	Proibido o uso médico	-	-
Metadona	Tratamento de dependentes de morfina e heroína	Metadon, mytedom (comprimidos de 5 e 10 mg)	-
Zipeprol	Antitussígeno	Eritós; Nantux; Silentós; Tussiflex	Gotas; xaropes; supositórios

Fonte: CEBRID, 2014²⁰⁵.

²⁰⁵ CEBRID. **Ópio e morfina**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Departamento de Psicobiologia; Unifesp/EPM, 2014.



Junho ardente, de Frederic Leighton, 1895.

Abuso e dependência de sedativos e hipnóticos

Protocolo Clínico

Alan Indio Serrano
Noemia Liege M. da Cunha Bernardo
Tadeu Lemos
Guilherme Mello Vieira
Evelyn Cremonese
Biaze Manger Knoll

e Grupo Consultores do QualisUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

São chamados de sedativos os fármacos capazes de deprimir a atividade do sistema nervoso central, como os atarácicos (tranquilizantes menores) e outros. São chamados de hipnóticos os sedativos que produzem sonolência e facilitam iniciar o sono. Os fármacos aqui abordados compreendem os benzodiazepínicos, os agonistas do receptor benzodiazepínico (ditos compostos Z, como o zolpidem, a zaleplona e a zolpiclona²⁰⁶), os congêneres da melatonina (a agomelatina e o ramelteon), os barbitúricos, outros agentes sedativo-hipnóticos ou anestésicos de estrutura química variada (hidrato de cloral, paraldeído, propofol, etc.).

Cada descoberta de novos fármacos capazes de aliviar a insônia tem estimulado muitas prescrições, desde a descoberta do primeiro barbitúrico, por Adolf Von Baeyer em 1864. Tais drogas, contudo, levam à tolerância farmacológica (precisam de doses paulatinamente maiores) e dão síndrome de abstinência quando são suspensas, pois causam dependência química em diversos graus e de consequências variadas. Apesar da utilidade imediata dos remédios, há métodos não farmacológicos para lidar com a insônia²⁰⁷, assim como para lidar com transtornos de ansiedade. Os sedativos podem ser usados com eficiência, de forma excepcional, não corriqueira, por tempo determinado e breve, a fim de não causar dependência, no contexto de um tratamento mais amplo, não apenas medicamentoso.

²⁰⁶ PINTO JR, L. R. et al . New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 68, n. 4, Aug. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2010000400038&lng=en&nrm=iso>.

²⁰⁷ MOLEN, Y.F. et al . Insomnia: psychological and neurobiological aspects and non-pharmacological treatments. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 72, n. 1, Jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2014000100063&lng=en&nrm=iso>.

A prescrição de benzodiazepínicos e dos compostos Z por prazos longos causa inúmeros eventos adversos, como quedas e fraturas, acidentes domésticos e de trânsito, confusão mental transitória, comprometimento cognitivo. Há hipóteses de que possa ser um dos fatores importantes em distúrbios da memória²⁰⁸ e no desencadimento da doença de Alzheimer²⁰⁹. Ainda sem comprovação clara, por haver grande número de confundidores estatísticos, o abuso de benzodiazepínicos tem sido hipotizado como fator relacionado ao câncer²¹⁰.

O fato é que o uso destas drogas se tornou um problema de saúde pública^{211, 212, 213} e vem levando várias nações a realizarem campanhas de redução da prescrição de benzodiazepínicos e drogas assemelhadas, assim como campanhas visando abolir o uso por longos prazos, algumas das quais ainda no campo experimental²¹⁴. As mulheres são particularmente vulneráveis à dependência de benzodiazepínicos²¹⁵, buscando a droga nas unidades de atenção primária²¹⁶.

O uso destas drogas faz com que muitas pessoas peregrinem por vários serviços de saúde, com o objetivo de envolver os médicos em uma relação capaz de gerar a receita. As estratégias de aquisição de receitas controladas passam pelo uso de artifícios, tais como simulação, bajulação, sedução e ameaças ao médico. Muitos usuários cultivam a aquisição de receita junto a médicos amigos, além de

²⁰⁸ GHONEIM, M.M.; MEWALDT, S.P. Benzodiazepines and human memory: a review.

Anesthesiology 1990;72:926-38.23. Disponível em:

<http://journals.lww.com/anesthesiology/Citation/1990/05000/Benzodiazepines_and_Human_Memory_A_Review_.24.aspx>.

²⁰⁹ GAGE; Sophie Billioti; MORIDE, Yola; et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. **BMJ** 2014, 349:g5205, doi: 10.1136/bmj.g5205. Disponível em:

<<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g5205.full.pdf+html>>.

²¹⁰ KRIPKE, D.F.; LANGER, R.D.; KLINE, L.E. Hypnotics' association with mortality or cancer: a matched cohort study. **BMJ Open** 2012;2:e000850, doi:10.1136/bmjopen-2012-000850. Disponível em:

<<http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000850.full>>.

²¹¹ NHS. Department of Health (England) and the devolved administrations. **Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management**. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. Disponível em: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf>.

²¹² BERGER, A.; EDELSBERG, J.; TREGLIA, M.; ALVIR, JM.; OSTER, G. "Change in healthcare utilization and costs following initiation of benzodiazepine therapy for long-term treatment of generalized anxiety disorder: a retrospective cohort study." **BMC Psychiatry**, Oct 2012 (1): 177, doi:10.1186/1471-244X-12-177. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3504522/>>.

²¹³ CASTRO, G. L. G. et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoe epidemiologia. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 1 (2013). Disponível em:

<<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21>>.

²¹⁴ CLAY, E. et al. Contribution of prolonged-release melatonin and anti-benzodiazepine campaigns to the reduction of benzodiazepine and z-drugs consumption in nine European countries. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 69, n. 4, p. 1-10, 2013. Disponível em:

<http://download.springer.com/static/pdf/838/art%253A10.1007%252Fs00228-012-1424-1.pdf?auth66=1414122238_c654a52c514a10c8e222c1dee61f4cda&ext=.pdf>.

²¹⁵ SOUZA, A.R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, 2013, vol.18, n.4, pp. 1131-1140. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400026>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400026&script=sci_arttext>.

²¹⁶ NORDON, D.G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev Psiquiatr RS**. 2009;31(3): 152-158. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3/a04v31n3.pdf>>.

solicitar a diferentes médicos desconhecidos, alternadamente, fazendo negociações sobre a dose e o momento de parar com o uso. Isto leva os usuários a um crescente refinamento das queixas e da metassimulação dos sintomas²¹⁷. Há, atualmente, um excesso de uso irracional destes fármacos²¹⁸, inclusive nos serviços de saúde familiar e comunitária²¹⁹.

A ansiedade é patológica em certas circunstâncias e graus definidos pela ciência psicopatológica. Como regra, a ansiedade é adaptativa e faz parte de nosso patrimônio genético, permitindo-nos ajustar o comportamento em função das circunstâncias, sem prejuízo das funções ou da qualidade de vida. Quando há prejuízo de função ou incapacitação, sensação de grande desconforto somático e acentuada queda de qualidade de vida, justifica-se o uso de tranquilizantes, por prazos curtos e sob monitoramento^{220, 221}. Não há razões científicas, também, para pugnar pela simples substituição do uso prolongado de tranquilizantes pelo uso prolongado de antidepressivos, pois isto também não conta com evidência científica²²².

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F13 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos.

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios são os da CID-10. Não se deve esperar que o paciente preencha todos os critérios da síndrome de dependência para começar a retirada, uma vez que o quadro típico de dependência química não ocorre na maioria dos usuários de benzodiazepínicos.

Os benzodiazepínicos por serem de alta eficácia, rápido início de ação e baixa toxicidade, são alvo de aumento de doses pelos pacientes e recusa

²¹⁷ ORLANDI, P.; NOTO, A.a R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2005 setembro-outubro; 13(número especial):896-902. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18.pdf>>.

²¹⁸ BALDISSERA, F. G.; COLET, C.F.; MOREIRA, A.C. Uso irracional de benzodiazepínicos: uma revisão. **Revista Contexto e Saúde**, v. 10, n. 19 (2010). Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1489/1243>>.

²¹⁹ LUZ, R. L. S. A. et al. Uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família: um estudo qualitativo. **Infarma**, rev do CFF, v. 26, n. 2 (2014). Disponível em: <<http://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/591>>.

²²⁰ MIHIC, S.J.; HARRIS, R.A. Capítulo 17 Hipnóticos e Sedativos. In: BUNTON, L.L.; CHABNER, B.A.; KNOLLMANN, B.C. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman**. 12ª ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, Artmed, 2012.

²²¹ BRUNTON, L. L. et al (Edt.). **Goodman & Gilman manual de farmacologia e terapêutica**. Porto Alegre: McGraw Hill, Artmed, 2010.

²²² BUENO, J. R. **Revista Debates em Psiquiatria**, Mai/Jun 2012. Disponível em: <http://www.abp.org.br/download/revista_debates_9_mai_jun_2012.pdf>.

em parar de usá-los, apesar das opiniões médicas. Os sintomas de abstinência devem ser distinguidos dos sintomas de rebote, ocorridos pelo retorno dos sintomas originais para os quais os tranquilizantes foram prescritos.

Em idosos, os efeitos adversos, mesmo sem dependência química instalada, incluem deficiência psicomotora e excitação ocasionalmente paradoxal. Com o uso por longo prazo, a tolerância, dependência e abstinência efeitos podem se tornar grandes desvantagens.

Os sintomas da síndrome de abstinência começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida longa. Podem também ocorrer após a diminuição da dose.

Os critérios diagnósticos para a síndrome de abstinência de sedativos e hipnóticos (F13.3) são:

- A. Cessaçã (ou reduçã) do uso pesado e prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
- B. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvendo-se dentro de algumas horas a alguns dias após o Critério A:
 - (1) hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou frequência cardíaca acima de 100 bpm)
 - (2) tremor aumentado das mãos
 - (3) insônia
 - (4) náusea ou vômitos
 - (5) alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias
 - (6) agitação psicomotora
 - (7) ansiedade
 - (8) convulsões de tipo grande mal
- C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes.
- D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Em alguns usuários ocorre a síndrome de abstinência protraída, ou pós-abstinência. Nestes casos, os sintomas são similares aos da retirada dos benzodiazepínicos, porém em menor número e intensidade, e podem se prolongar por alguns meses²²³.

Os sintomas da síndrome de abstinência podem incluir, raramente, convulsões, alucinações e delírium. Mais comumente incluem insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia. Dependendo da dose usada evoluem com tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, prejuízo da memória, despersonalização e desrealização.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Abuso e dependência de barbitúricos, de benzodiazepínicos, ou de tranquilizantes ou hipnóticos não benzodiazepínicos.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

²²³ ABP; AMB; CFM. **Abuso e Dependência dos benzodiazepínicos**. [Nastasy, H.; Ribeiro, M.; Marques, A.C.P.R. et al.]. Projeto Diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Médica Brasileira, 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf>.

Ausência de adesão ao tratamento.

6. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Nas intoxicações graves com superdosagens, o atendimento deve ser feito em pronto-socorro de hospital geral. Se necessário, o SAMU poderá ser acionado. A equipe do pronto-socorro pode relatar o caso ao Centro de Informações Toxicológicas (CIT), por telefone, assessorando-se de toxicologista para a melhor conduta das intoxicações severas.

O tratamento da dependência é ambulatorial. Pode ser feito em unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS) e outros serviços ambulatoriais.

7. TRATAMENTO

A seleção cuidadosa dos pacientes a serem medicados com sedativos ou hipnóticos é também importante. As prescrições de longo prazo são, ocasionalmente, incontornáveis²²⁴, para certos pacientes refratários ao abandono do remédio. A lógica é a da redução de danos, na impossibilidade de o paciente parar com a droga. Efeitos indesejados podem ser evitados em grande parte, mantendo as dosagens mínimas e mantendo o período de uso o mais curto possível.

O tratamento da dependência é ambulatorial, com apoio de natureza psicológica, feito por membro da equipe de saúde (muitas vezes pelo próprio médico, quando a equipe é pequena ou faltante). Suporte emocional pode ser mantido durante todo processo de retirada das medicações, com informações e reassuramento da capacidade de lidar com o estresse sem os benzodiazepínicos. É importante auxiliar o paciente a distinguir os sintomas de ansiedade e abstinência. Medidas não farmacológicas e treinamento de habilidades para lidar com a ansiedade podem ser promovidos. Geralmente os usuários que conseguem ficar livres de sedativos por pelo menos cinco semanas apresentam redução nas medidas de ansiedade e têm melhora na qualidade de vida.

Nos casos mais leves é possível a suspensão abrupta da medicação, entretanto, a retirada gradual costuma ser mais bem aceita. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e podem ser concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória.

O prazo de retirada da medicação pode ser negociado com o paciente, girando em torno de 4 a 8 semanas, inclusive para hipnóticos²²⁵, podendo

²²⁴ ASHTON, H. Guidelines for the Rational Use of Benzodiazepines. **Drugs**, July 1994, Volume 48, Issue 1, pp 25-40. Republicado on line em 12 out. 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.2165%2F00003495-199448010-00004>>.

²²⁵ BELLEVILLE, G.; MORIN, C. M. Hypnotic discontinuation in chronic insomnia: Impact of psychological distress, readiness to change, and self-efficacy. **Health Psychology**, Vol 27(2), Mar 2008, 239-248. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/?&fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0278-6133.27.2.239>>.

durar até mais de 16 semanas. É de grande valia oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subsequentes de redução.

A retirada gradual e um acompanhamento psicológico mais freqüente e prolongado colaboram no alívio destes sintomas. Pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem se beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como o diazepam, a fim de retirá-lo, gradualmente, depois. Estimada a dose de manutenção habitual, deve-se administrar a dose equivalente de diazepam nos dois primeiros dias e então diminuí-la em 10% ao dia, com dosagem fina de 10% diminuída lentamente a zero, durante um período de 3 a 4 dias.

O diazepam é a droga de escolha para tratar pacientes com dependência em outros benzodiazepínicos, como o clonazepam e o lorazepam. Ele é absorvido de forma veloz pelo organismo e seu metabólito, o desmetildiazepam, é de longa duração, permitindo montar um esquema de redução gradual, pois apresenta uma diminuição suave dos níveis sanguíneos.

O método clássico²²⁶ de retirada da droga, para algumas pessoas que costumavam usar doses altas e relutam em parar, implica um programa de 1 a 4 meses, fazendo-se reduções gradativas. A redução de um quarto da dose é feita paulatinamente, neste tempo, segundo as reações e a aceitação do paciente. Os estudos alvos de revisão sistemática mostram que a retirada gradual tem preferência à interrupção abrupta.

Há hipóteses, ainda não confirmadas com clareza, de que a carbamazepina possa ser uma intervenção eficaz na descontinuação de benzodiazepínico, quando o paciente é muito resistente²²⁷. A amitriptilina pode ser usada, como substituto de um sedativo noturno, temporariamente, para insônias produtoras de ansiedade.

O dependente de sedativos e hipnóticos se automedica, aumentando as doses por conta própria. Em termos preventivos, o combate à automedicação é a atitude fundamental^{228, 229}.

Mulheres grávidas com **eclampsia** podem sofrer convulsões antes e logo depois do parto. Estas mulheres podem ser tratadas com **sulfato de magnésio** em vez do diazepam, na prevenção das convulsões. O sulfato de magnésio, comprovadamente, tem melhores efeitos na eclampsia e reduz a morte materna mais do que o benzodiazepínico²³⁰.

²²⁶ ONYETT, S.R. The benzodiazepine withdrawal syndrome and its management. **J R Coll Gen Pract.** Apr 1989; 39(321): 160–163. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1711840/?page=2>>.

²²⁷ DENIS, C.; FATSEAS, M.; LAVIE, E.; AURIACOMBE M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2006, Issue 3. Art. No.: CD005194. DOI: 10.1002/14651858.CD005194.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005194.pub2/abstract>>.

²²⁸ CASTRO, Gustavo Loiola Gomes, et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista Interdisciplinar Uninovafapi**, v. 6, n. 1 (2013). Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21>>.

²²⁹ AQUINO, D. S. et al. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2533-2538, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500027&lng=pt&nrm=iso>.

²³⁰ DULEY, L.; HENDERSON-SMART, D.J. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2003, Issue 4. Art. No.: CD000127. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000127/abstract;jsessionid=E311052050C31050B897DB5444158370.f01t04>>.



Lança Perfume Rodo, gravura publicitária, de Alphonse Mucha (1896-97).

Abuso e dependência de solventes voláteis (inalantes)

Protocolo Clínico

Alan Indio Serrano
Tadeu Lemos
Guilherme Mello Vieira
Anna Paula G. Macarini

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Chamam-se inalantes os solventes voláteis, isto é, que se evaporam muito facilmente, o que facilita serem facilmente inaladas. Muitos deles são inflamáveis. No cérebro humano produzem alguns efeitos similares aos do álcool etílico e manifestam efeitos anestésicos dissociativos. Têm poder de criar dependência química.

O uso crônico de inalantes associa-se com alterações cognitivas leves e até degeneração demencial, passando por sintomas psicóticos, agravamento de transtornos de humor e de ansiedade, uso promíscuo de outras drogas, suicídio, facilitação da contaminação por HIV, delinquência e agravamento de transtornos de personalidade.

O lança-perfume é um clássico inalante. É uma mistura de éter, clorofórmio, cloreto de etila e essências perfumadas, comercializada no Brasil a partir de 1897. Após vários casos de morte, principalmente por parada cardíaca, foi proibido em 1961. Continua em uso, especialmente nas tradições de carnaval, importado por contrabando.

O *popper* ou “incenso líquido” é outro produto clandestino, algumas vezes encontrado em *sex-shops*, anunciado como afrodisíaco.

O problema dos inalantes, contudo, é bem maior. Um número enorme de produtos comerciais, como esmaltes, colas, tintas, thinners, propelentes, gasolina, removedores, vernizes, etc, contém estes solventes. Eles podem ser aspirados tanto involuntariamente (por exemplo, trabalhadores de indústrias de sapatos ou de oficinas de pintura, o dia inteiro expostos ao ar contaminado por estas substâncias) como voluntariamente (por exemplo, a criança de rua que cheira cola de sapateiro; o menino que cheira em casa acetona ou esmalte, ou o estudante que

cheira o corretivo carbex, etc)²³¹. Portanto, o uso de inalantes pode ocorrer em crianças e adolescentes, com substâncias guardadas em casa, ao alcance de todos²³².

Os solventes mais comuns são substâncias pertencentes a um grupo químico chamado de hidrocarbonetos, tais como o tolueno, xilol, acetato de etila, tricloroetileno. Tais substâncias industriais têm importância na saúde ocupacional, além de serem usados recreativamente.

Segundo a diretriz da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Médica Brasileira²³³, os inalantes são divididos em três grupos:

Grupo I:

- a) Solventes voláteis: butano, propano, tolueno, cloreto de metila, acetato de etila, tetracloreto de etileno (encontrados em sprays diversos, tintas, removedores de manchas, líquido para correção de texto, desengraxantes, colas e cimento de borracha);
- b) Combustíveis: butano e propano (encontrados nos isqueiros, gasolina e propulsores de carros de corrida);
- c) Anestésicos: éter, cloreto de etila e halotano.

Grupo II

Óxido nitroso (encontrado no gás hilariante, anestésicos e aerossóis).

Grupo III

Voláteis tipo nitritos de Áquila, ciclohexil, nitrito de butila, álcool isopropílico, nitrito isobutil (encontrados em *poppers*, limpadores de cabeçote, purificadores de ar e odorizadores de ambiente).

O curso temporal da intoxicação com inalantes está relacionado às características farmacológicas da substância específica usada. De modo geral é breve, durando de alguns minutos a uma hora. O início é súbito, atingindo um pico alguns minutos após a inalação. As crianças com diagnóstico de dependência de inalantes podem usar inalantes várias vezes por semana, frequentemente em finais de semana ou após a escola.

A dependência severa em adultos pode envolver variados períodos de intoxicação durante o dia, todos os dias, intercalando períodos ocasionais de uso mais pesado que podem durar vários dias. Este padrão pode persistir por anos, com necessidade recorrente de tratamento. Os indivíduos que usam inalantes podem ter um nível preferido de intoxicação, e o método de administração (tipicamente cheirar a substância dentro de uma embalagem ou em um trapo encharcado) pode permitir que o indivíduo mantenha este nível por várias horas.

Também foram relatados casos de desenvolvimento de dependência em operários de indústrias com longa exposição ocupacional e acesso aos inalantes. Um operário pode começar a usar o composto por seus efeitos psicoativos e subsequentemente desenvolver um padrão de dependência. O uso levando à dependência também pode ocorrer em pessoas que não têm acesso a

²³¹ CEBRID. Departamento de Psicobiologia. Unifesp/EPM. **Solventes ou inalantes**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 200_. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/solventes_.htm>.

²³² SILBER, T. J.; SOUZA, R. P. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. **Adolesc. Latinoam.**, oct./dic. 1998, vol.1, no.3, p.148-162. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000300004&lng=es&nrm=iso>.

²³³ ABP. **Abuso e Dependência de Inalantes**. [Marques, A..CP.R., et al.]. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Associação Brasileira da Psiquiatria, 2012. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_inalantes.pdf>.

outras substâncias (por exemplo, presidiários, pessoal militar isolado e adolescentes ou adultos jovens em áreas rurais isoladas).

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F18 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis.

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

3. DIAGNÓSTICO

3.1 Exame médico

Sempre que haja suspeita de abuso de inalantes, um exame médico é necessário. Durante o exame físico, várias complicações médicas devem ser avaliados, tais como:

- (1) danos ao sistema nervoso central;
- (2) alterações renais e hepáticas;
- (3) o envenenamento por chumbo;
- (4) as possibilidades de arritmia cardíaca;
- (5) as possibilidades de lesão pulmonar;
- (6) deficiências nutricionais.

Uma vez que os produtos químicos são armazenados no tecido adiposo do corpo, o abusador de inalantes pode experimentar efeitos residuais por algum tempo.

Os critérios psiquiátricos para o diagnóstico²³⁴ estão listados abaixo.

3.2 Critérios para a intoxicação aguda (correspondendo a F18.0)

- A. Recente uso intencional ou exposição breve a altas doses de inalantes voláteis (excluindo gases anestésicos ou vasodilatadores de curta ação).
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., beligerância, agressividade, apatia, prejuízo no julgamento, no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolveram durante ou logo após o uso ou a exposição a inalantes voláteis.
- C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso ou a exposição a inalantes:
 - (1) tontura
 - (2) nistagmo
 - (3) fraca coordenação
 - (4) fala arrastada
 - (5) marcha instável
 - (6) letargia

²³⁴ Foram utilizados alguns dos critérios do DSM, nestes casos mais especificadores do que os da CID-10. Vide: APA – American Psychiatric Association. **DSM-IV**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

- (7) reflexos deprimidos
- (8) retardo psicomotor
- (9) tremor
- (10) fraqueza muscular generalizada
- (11) visão turva ou diplopia
- (12) estupor ou coma
- (13) euforia.

D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Os indivíduos com intoxicação com inalantes podem apresentar alucinações auditivas, visuais ou táteis ou outras perturbações da percepção (macropsia, micropsia, falsas percepções ilusórias, alterações na percepção do tempo).

Delírios (tais como a crença de poder voar) podem desenvolver-se durante os períodos de intoxicação com inalantes, especialmente aqueles caracterizados por acentuada confusão; em alguns casos, esses delírios podem ser postos em prática, resultando em ferimentos.

A ansiedade também pode estar presente. O consumo repetido porém episódico de inalantes pode estar associado, inicialmente, com problemas escolares (por ex., gazeta, notas baixas, abandono da escola) e conflitos familiares.

3.3 Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas

O odor de tinta ou solventes pode estar presente no hálito ou nas roupas dos usuários de inalantes, ou pode haver resíduos da substância nas roupas ou na pele.

Uma "erupção do cheirador de cola" pode ser evidente em torno do nariz e da boca, podendo ser observada uma irritação do tecido conjuntivo.

É possível haver evidências de trauma devido ao comportamento desinibido ou queimaduras devido à natureza inflamável desses compostos.

Os achados respiratórios inespecíficos incluem evidências de irritação das vias aéreas superiores ou inferiores, incluindo tosse, sinusite, dispnéia, estertores ou roncos; raramente, pode ocorrer cianose em virtude de pneumonite ou asfixia. Pode haver cefaléia, fraqueza generalizada, dor abdominal, náusea e vômitos.

Os inalantes podem causar danos permanentes ao sistema nervoso central e periférico. O exame do indivíduo que utiliza inalantes de forma crônica pode revelar diversos déficits neurológicos, incluindo fraqueza generalizada e neuropatias periféricas. Atrofia cerebral, degeneração cerebelar e lesões da substância branca resultando em sinais dos nervos cranianos ou do trato piramidal foram relatadas entre indivíduos com uso pesado.

O uso recorrente pode levar ao desenvolvimento de hepatite (que pode progredir para cirrose) ou acidose metabólica consistente com acidose tubular renal distal. Insuficiência renal crônica, síndrome hepato-renal e acidose tubular renal proximal também foram relatadas, assim como supressão da medula óssea.

Alguns inalantes (por ex., cloreto de metileno) podem ser metabolizados para monóxido de carbono. A morte pode ocorrer por depressão cardiovascular ou respiratória; em particular, pode ocorrer "morte súbita por cheirar", por arritmia aguda, hipóxia ou anormalidades eletrolíticas.

Pessoas expostas a concentrações extremamente altas têm sintomas encefalopáticos: déficit cognitivo, ataxia cerebelar, espasticidade e miopatias.

Duas síndromes neurotóxicas mais específicas podem ser observadas nesses casos, a ototoxicidade e a neuropatias periféricas.

Os transtornos neurotóxicos produzidos podem se assemelhar a alterações metabólicas, doenças desmielinizantes, alterações nutricionais e doenças degenerativas²³⁵.

3.4 Critérios para a dependência

Os sintomas da dependência simples, sem sequelas, fora do quadro de intoxicação, são o cansaço, a hipersonia, a sonolência e a náusea.

Pode haver queixa de sonhos vívidos e ganho de peso (provavelmente pelo sedentarismo).

O diagnóstico, pois, depende da história clínica, levando em conta aspectos sociais, familiares e psicodinâmicos.

3.5 Efeitos sobre a gravidez

Há relatos de distúrbios do crescimento, de malformações fetais, de microcefalia e retardo no crescimento nos recém-nascidos cujas mães usaram derivados do tolueno²³⁶.

3.6 Diagnóstico Diferencial

Os transtornos induzidos por inalantes podem ser caracterizados, eventualmente, por sintomas depressivos, daí a importância de um bom diagnóstico com transtornos do humor.

Os sintomas de Intoxicação com inalantes de leve a moderada podem ser similares aos da Intoxicação com álcool e com sedativos e hipnóticos. O odor no hálito ou resíduos no corpo ou nas roupas podem ser importantes indícios diferenciadores, mas não devem ser os únicos. Os indivíduos que usam inalantes de uma forma crônica tendem a fazer uso pesado de outras substâncias com frequência, complicando o quadro diagnóstico.

O uso concomitante de álcool também pode dificultar a diferenciação.

4. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

²³⁵ FIRST, M.B.; TASMAN, A. Inhalants. In: Clinical guide to the diagnosis and treatment of mental disorders. 2nd ed. West Sussex: John Wiley & Sons; 2010. p.203-9. Apud: ABP. **Abuso e Dependência de Inalantes**. [Marques, ACPR., et al.]. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Associação Brasileira da Psiquiatria, 2012. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_inalantes.pdf>.

²³⁶ ARNOLD, G.L. et al. Toluene embryopathy: clinical delineation and developmental follow-up. Pediatrics 1994;93:216-20. Apud: ABP. **Abuso e Dependência de Inalantes**. [Marques, ACPR., et al.]. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Associação Brasileira da Psiquiatria, 2012. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_de_inalantes.pdf>.

5. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Para intoxicações agudas o local de tratamento é o pronto-socorro de hospital geral. O tratamento da dependência é ambulatorial. Pode ser feito em unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS) e outros serviços ambulatoriais.

6. TRATAMENTO

O tratamento da intoxicação aguda é sintomático. Nas intoxicações graves pode haver emergências médicas (depressão respiratória, arritmias cardíacas, convulsões e coma), devendo receber atendimento imediato. Os profissionais de prontos-socorros devem, antes da alta, motivar e encaminhar o paciente para o tratamento formal em CAPS ou na unidade básica matriciada por NASF com equipe de saúde mental.

Quando os atendidos forem operários de indústrias em contato com a substância em local de trabalho, deve-se fazer uma anamnese voltada às condições de trabalho. Tais pessoas podem estar sofrendo exposição acidental a substâncias químicas voláteis. Caso tal intoxicação ocorra repetidamente, com lesões funcionais, há doença relacionada a condições laborativas. O caso deve ser explicado ao paciente, a fim de que ele consulte o médico do trabalho, na empresa, para confirmar se o problema corresponde a acidente de trabalho e se é passível de comunicação de acidente de trabalho oficial – CAT – ao INSS.

O tratamento da dependência, em unidade sanitária básica, em CAPS ou em ambulatório segue as regras do protocolo de acolhimento para dependências químicas. Comunidades terapêuticas poderão ser acionadas para usuários de longa data, necessitando de ambiente favorável à mudança de hábitos.

Uma avaliação da homeostase familiar, de sua estrutura e dinâmica deve compor o diagnóstico, quando se estiver programando um tratamento continuado. O envolvimento da família é extremamente importante. O tratamento pode ser focado na intervenção terapêutica com a família, em alguns casos. Pode-se fornecer educação sobre drogas, sobre o exercício da paternidade e sobre o aprimoramento de habilidades e de vínculos sociais.

As diretrizes da National Inhalant Prevention Coalition²³⁷ dão um modelo de trabalho interessante, voltado aos solventes voláteis. Alguns itens deste modelo estão no texto abaixo.

O abuso de álcool e de outras drogas são comuns nas famílias de crianças e de adolescentes usuários de inalantes. Há uma alta probabilidade de má comunicação, de possíveis abusos físicos, emocionais e psicológicas em casa. Há uma necessidade de identificar tais problemas. A dinâmica de grupo entre usuários tem grande valor. As crianças mais novas usam a droga em grupo e podem responder a terapias de grupo. Os objetivos do tratamento devem ser realistas e ajudar a criança a romper os laços com seu grupo de usuários, substituindo-o por um grupo de colegas mais sadios ou sob supervisão técnica. Isso é importante para a recuperação e a manutenção da sobriedade.

Os programas de tratamento devem estar preparados para envolver o usuário em um longo período de cuidados de suporte marcada pela abstinência de inalantes. Recomenda-se a não confrontação ao dialogar. Recomenda-se uma ênfase no desenvolvimento de limites para várias situações da vida, a serem discutidos. Atividades e terapias ocupacionais, voltadas à arte, à música, à percussão,

²³⁷ NIPC. **Inhalants Guidelines**. Chattanooga (TN): National Inhalant Prevention Coalition, 2014. Disponível em: <<http://www.inhalants.org/guidelines.htm>>.

à dança e a atividades que envolvem mão e o olho são, muitas vezes benéficas. Atividades de lazer que estimulem a ação multi-sensorial ajudam.

As intervenções iniciais devem ser muito breves (sessões de 15 a 30 minutos), informais e objetivas. Sessões andando e falando, provavelmente, resultam no desenvolvimento de relacionamento e incentivam a interação. Os usuários pesados de inalantes têm um pensamento simplificado, de abstração e complexidade reduzidas nas fases iniciais do tratamento. A cognição deve ser continuamente reavaliada, para decidir como organizar as conversas e as atividades, de forma inteligível e aceitável.

Os profissionais de saúde mental devem ter um entendimento sobre todos os aspectos do abuso de inalantes para desenvolver uma terapia eficaz. Estudos sobre abuso solvente mostram que não funciona a importação de técnicas de tratamento de álcool, pois há especificidades, entre as quais os bloqueios no processo de pensamento do usuário de solventes, com perdas cognitivas e na montagem do raciocínio. Em geral o usuário não se sente pronto para a terapia. O período de desintoxicação em usuários crônicos de solventes deve ser tão longo quanto possível. Várias semanas de observação próxima poderão ser necessárias para que o cérebro destas pessoas jovens livre-se do efeito dos produtos químicos. A falta de apoio familiar e social piora o prognóstico.

Estudos mostram que, geralmente, os adolescentes marginalizados e de pouca resposta aos tratamentos no ambiente clínico:

- (1) não se sentem motivados a participar no processo de tratamento;
- (2) são deficientes cognitivos, em maior ou menor grau;
- (3) têm baixa auto-estima;
- (4) são imaturos;
- (5) são recalcitrantes, erráticos, pouco cooperativos e, ocasionalmente, violentos;
- (6) não se sujeitam à terapia formal e a outras abordagens de tratamento formalizadas.

As técnicas de confronto não funcionam em pessoas com tais características. Eles respondem melhor a conselheiros específicos, determinados para convívio informal durante o dia. Tais conselheiros precisam ter um perfil que lhes permita bom relacionamento, sem muita cobrança, e saibam exercer sessões de aconselhamento individual. Pelo baixo nível de motivação dos usuários, a terapia recreativa ou atividade é necessária para manter o interesse no programa.

Abusadores de solventes voláteis apresentam altas taxas de abandono e de expulsão de comunidades terapêuticas e de serviços comunitários, mais do que outros tipos de dependentes de drogas. Isso pode ser superado com paciência e com abordagens consistentes. A maioria das instituições que trabalham com usuários de solventes encontra dificuldades para desenvolver uma abordagem de tratamento eficaz, mesmo quando envolve a família.

A intervenção precisa cobrir alguns problemas e necessidades reais do usuário, para que ele crie adesão. Os programas devem estar voltados à comunidade e engajar esses jovens em seus ambientes naturais.

Os profissionais que os atendem devem ser treinados para trabalhar com jovens agressores, utilizando, se possível, recursos existentes na comunidade, como clubes de jovens, equipamentos e serviços, igrejas e escolas, visando uma socialização informal e recreativa. As demandas cognitivas dos modelos de recuperação típicos são, muitas vezes, fora do alcance da maioria dos clientes, porque seu pensamento é muito concreto: é um pensar apenas no aqui e agora, com conceitos de lógica simplista, sem noção de futuro. Esta forma de pensar é típica de pessoas cujas habilidades cognitivas são pequenas ou estão prejudicadas.

Os abusadores de solventes não se consideram “viciados em drogas”. Devido aos vários problemas presentes, o conselheiro deve ser um gestor de caso que compreende tanto a terapia comportamental e conceitos de

desenvolvimento. Por isso, muitas vezes o trabalho pode ser frustrante e pouco compensador. Iste resulta da disfunção cognitiva que acompanha frequentemente o abusador de solventes, assim como o abusador de crack.

Algumas sugestões para a organização do trabalho surgiram de experiências canadenses:

- A. Deve haver trabalho em rede entre as diferentes agências dentro da comunidade, incluindo professores, enfermeiros, educadores de infância e os conselheiros eo programa de tratamento.
- B. O tratamento deve ser social por natureza. Como o uso de solventes geralmente uma atividade de grupo, o tratamento deve incluir terapia de grupo assim que o cliente esteja pronto. Aconselhamento individual pode ajudar. O tratamento deve consistir de reuniões semanais do grupo. Os tópicos devem incluir:
 - (a) complicações médicas para uso;
 - (b) quais as razões para tentar voltar ao uso;
 - (c) ex-usuários devem servir como modelos positivos;
 - (d) novas atividades do grupo de recreação devem ser desenvolvidas e encorajadas nos momentos em que costumeiramente ocorre o uso da droga (depois da escola, nos fins de semana, etc.).
- C. O programa pode exigir "checkups" regulares para detectar recaídas. Incentivar os jovens a serem honestos sobre os deslizos, garantindo-lhes que não serão removidos do grupo em função da recaída e promovendo um desejo de pertença ao grupo.
- D. incentivar os registros de relatos de pacientes, incluindo histórias, questionários e descrições. Um supervisor deve avaliar esses dados semestralmente para determinar:
 - (a) que as áreas do programa precisa ser mudado;
 - (b) as características são de jovens que sofrem recaídas ou desistem do tratamento;
 - (c) a eficácia global do programa de tratamento.

O envolvimento da família no plano de tratamento deve incluir a educação sobre os soventes, a remoção de solventes e outras drogas da casa, e o entendimento da necessidade de um apoio extra e de supervisão colaborando com a equipe que trata o jovem.

Como uma questão prática deve-se garantir que os inalantes não estejam acessíveis no próprio local de tratamento, evitando itens como marcadores de texto, removedores de esmalte para unhas, colas à base de solventes, produtos em aerossol e similares. Precisa-se combinar com a equipe de limpeza onde guardar seguramente seu material.

Tabagismo (dependência de nicotina)

Protocolo Clínico



O fumante, de Joos van Craesbeeck, 1605.

Alan Indio Serrano
Evelyn Cremonese
Tadeu Lemos
Guilherme Mello Vieira
Jorge Ernesto S. Zepeda
Sonia A. Leitão Saraiva
e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Dados de 2011, do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel, mostram a prevalência do uso de tabaco de 14,8%, em adultos brasileiros com mais de 18 anos. A Pesquisa Especial de Tabagismo (parte integrante da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2008, apresentou um uso em 17,2% em pessoas de 15 ou mais velhas. As taxas de fumantes passivos em contato com a fumaça, têm sido calculadas, em casa e no trabalho, como estando próximas a 12%. Atingem um pouco mais o sexo masculino do que o feminino. Na cidade de Florianópolis, por exemplo, o percentual de adultos fumantes na população total é de 14,3%, sendo 17,5% da população masculina e 11,5 da feminina²³⁸. A política nacional antitabaco tem tido vários sucessos, fazendo o uso declinar nos últimos anos, com um envolvimento tripartite, dos municípios, dos estados e da federação²³⁹.

A nicotina é a substância, no tabaco, causadora da dependência química. A gravidade das doenças causadas pela fumaça do tabaco se

²³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel, Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/Dant/VIGITEL-2011.pdf>>.

²³⁹ CONASS. **Nota técnica 1/2013: diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 26 fev. 2013. Disponível em: <http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2001_2013%20Diretrizes%20Tabagismo.pdf>.

relacionam com idade de início do tabagismo, com a duração e com o número de cigarros fumados diariamente.

Sendo a fumaça do tabaco uma mistura de gases e partículas, com mais de 4700 substâncias tóxicas, ela é responsável por 55 doenças associadas ao consumo ativo do tabaco. Isto vem tendo repercussões legais no sistema judiciário²⁴⁰ e no mundo diplomático, onde gerou a Convenção Quadro sobre o Tabaco, assinada pelo Brasil. Esta convenção é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da Organização Mundial da Saúde. Nele, 192 países membros da Assembleia Mundial da Saúde comprometeram-se a dar uma resposta à epidemia mundial do tabagismo²⁴¹.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F1 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de derivados do tabaco (nicotina).

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado

3. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico da dependência

Os critérios são os da CID-10. Comumente é aconselhável utilizar o teste de Fagerström para a dependência à nicotina, que é clássico²⁴² e mundialmente bem aceito²⁴³. Eis o teste:

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
 - (3) nos primeiros 5 minutos
 - (2) de 6 a 30 minutos
 - (1) de 31 a 60 minutos
 - (0) mais de 60 minutos
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
 - (1) sim
 - (0) não

²⁴⁰ AMB; Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer. **Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário**. [José Alencar Gomes da Silva et al., Aliança de Controle do Tabagismo]. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2013. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf>>.

²⁴¹ INCA. **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/historico>.

²⁴² FAGERSTRÖM, K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addict Behav** 1978; 3:235-41). Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460378900242>>.

²⁴³ ETTER, J.F.; DUC, T.V.; PERNEGER, T.V. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. **Addiction** 1999;94:269-81. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10396794>>.

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 - (1) o 1° da manhã
 - (0) os outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 - (0) menos de 10
 - (1) 11-20
 - (2) 21-30
 - (3) mais de 31
5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
 - (1) sim
 - (0) não
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?
 - (1) sim
 - (0) não

Contagem dos pontos:

Total: 0-2 = dependência muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada.

Diagnóstico da síndrome de dependência

Os critérios diagnósticos para a abstinência de nicotina são os seguintes:

- A. Uso diário de nicotina por pelo menos algumas semanas.
- B. Cessaçã abrupta do uso de nicotina, ou reduçã na quantidade de nicotina usada, seguidas dentro de 24 horas por quatro (ou mais) dos seguintes sinais:
 - (1) humor disfórico ou deprimido
 - (2) insônia
 - (3) irritabilidade, frustraçã ou raiva
 - (4) ansiedade
 - (5) dificuldade para concentrar-se
 - (6) inquietaçã
 - (7) freqüência cardíaca diminuída
 - (8) aumento do apetite ou ganho de peso
- C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas de funcionamento importantes.
- D. Os sintomas não se devem a uma condiçã médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental

Diagnóstico diferencial

Os sintomas de abstinência de nicotina sobrepõem-se às seguintes condições: outras síndromes de abstinência; intoxicaçã com cafeína; transtornos do humor, de ansiedade e do sono, e acatisia induzida por medicamentos. A admissã a unidades de internaçã onde é proibido fumar pode induzir sintomas de abstinência capazes de imitar, intensificar ou disfarçar outros diagnósticos. A reduçã dos sintomas associada com o reinício do fumar ou com uma terapia de substituiçã da nicotina confirma o diagnóstico.

Como a nicotina parece não prejudicar de forma grave o funcionamento mental, a dependência de nicotina não é facilmente confundida com outros transtornos relacionados a substâncias e transtornos mentais.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

O aconselhamento, a prevenção e a educação sobre o tabagismo devem ser desenvolvidos em todos os serviços de saúde, inclusive nos hospitais e maternidades²⁴⁴. Os programas formais para tratamento da dependência de nicotina são principalmente ambulatoriais. No Brasil, as atividades terapêuticas possíveis, sobre o tabagismo, no Sistema Único de Saúde, são as seguintes:

I. Atenção Básica:

- a) realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular;
- b) identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade;
- c) realizar a avaliação clínica inicial;
- d) prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso;
- e) organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas;
- f) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME;
- g) diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo;
- h) pode-se acionar o Programa Telessaúde ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada; e

II. Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar:

- a) realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista;
- b) iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia;
- c) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário;
- d) orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente;
- e) realizar a contrarreferência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais;

III. Apoio diagnóstico e terapêutico:

- a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e
- b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente;

IV. Sistema de Informação e Regulação:

- a) implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços.

5. TRATAMENTO

²⁴⁴ NHS. NICE. **Smoking cessation: supporting people to stop smoking**. NICE quality standard 43. Londres: NICE, 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/qs43>>.

As medidas de prevenção são importantes nas escolas, locais de trabalho e locais públicos e são valioso suporte para incentivar a busca de tratamento e sua continuidade²⁴⁵. São importantes dentro dos serviços de saúde, inclusive das maternidades e dos serviços de saúde mental²⁴⁶. Os sistemas de saúde estão conscientes da boa relação custo-efetividade dos tratamentos de reposição de nicotina e de fármacos antitabágicos²⁴⁷. Ações de redução de danos são empregadas com sucesso para algumas situações²⁴⁸. Mesmo dentistas, farmacêuticos e equipes hospitalares podem auxiliar no diagnóstico e no incentivo às pessoas para pararem de fumar²⁴⁹.

Muitos municípios têm programas antitabágicos que são aplicados em algumas unidades sanitárias, e não em todas. Os pacientes são inscritos nestes programas, que atuam através de motivação, técnicas cognitivo-comportamentais e medicação adequada.

Os estágios de mudança quando os pacientes iniciam um tratamento para deixar de fumar são:

- 1) Pré-contemplação: Não há intenção de parar, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento de fumar.
- 2) Contemplação: Há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança.
- 3) Preparação: Prepara-se para parar de fumar (quando o paciente aceita escolher uma estratégia para realizar a mudança de comportamento).
- 4) Ação: Para de fumar (o paciente toma a atitude que o leva a concretizar a mudança de comportamento).
- 5) Manutenção: O paciente deve aprender estratégias para prevenir a recaída e consolidar os ganhos obtidos durante a fase de ação. Neste estágio pode ocorrer a finalização do processo de mudança ou a recaída²⁵⁰.

Como nas outras dependências, a avaliação inicial é fundamental para alcançar bons resultados. O tratamento pode ser definido a partir do consumo de cigarros e dos problemas associados, levando-se em consideração a disponibilidade de intervir de cada local.

Nos serviços de atendimento primário, um **aconselhamento** mínimo pode ser aplicado com dois objetivos: orientar aqueles que desejem parar de fumar ou motivar aqueles que não quiserem largar o cigarro. Caso o fumante não esteja interessado em interromper o uso, estratégias motivacionais devem ser implementadas. A estratégia de “Prós e Contras” é um dos exemplos.

Os métodos de tratamento de primeira linha são a **terapia de reposição de nicotina** e a **terapia comportamental breve em grupo**.

²⁴⁵ NHS. NICE. School-based interventions to prevent smoking. **NICE guidelines** [PH23]. Manchester: February 2010. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/ph23>>.

²⁴⁶ NHS. NICE. Smoking cessation in secondary care: acute, maternity and mental health services. **NICE guidelines** [PH48] Published date: November 2013
Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/ph48>>.

²⁴⁷ NHS. NICE. Smoking cessation services. **NICE public health guidance 10**. Manchester: NICE, 2013.
Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/ph10>>.

²⁴⁸ NHS. NICE. Tobacco: harm-reduction approaches to smoking. **NICE public health guidance 45**.
Manchester: NICE, 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/ph45>>.

²⁴⁹ NHS. NICE. Brief interventions and referral for smoking cessation. **NICE public health guidance 1**.
Manchester: NICE, 2006. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/PH1>>.

²⁵⁰ REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo, 2008: diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). **J Bras Pneumol**. 2008;34(10):845-880. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/is_digital/is_0408/pdfs/IS28%284%29116.pdf>.

Os grupos de autoajuda e outros medicamentos são considerados de segunda linha e podem ser coadjuvantes efetivos. A associação de mais de um recurso melhora a efetividade do tratamento.

A maioria dos fumantes em tratamento recai em poucos dias. A abordagem de um dos sintomas mais proeminentes da síndrome de abstinência, o *craving* ou fissura, deve ser cuidadosamente considerado, já que este é o maior obstáculo para parar de fumar.

A terapia de substituição ou reposição da nicotina tem como objetivo aliviar os sintomas da síndrome de abstinência da substância. Qualquer profissional de saúde treinado pode aplicar a terapia de reposição ou substituição com nicotina para os pacientes que consomem mais de 10 cigarros/dia e que estão vinculados aos grupos de tabagismo.

O **adesivo de nicotina** é o mais indicado por ter menos efeitos colaterais. A dose inicial preconizada é de 14mg de nicotina por dia. Para fumantes pesados, 25 cigarros ou mais por dia, a dose inicial pode ser maior. No Brasil estão disponíveis adesivos com 7, 14, 21 mg de nicotina ativa. Os adesivos devem ser trocados diariamente. A utilização é feita por um prazo médio de 8 semanas. A redução da dose é progressiva e pode durar até 1 ano.

A **goma de mascar** de nicotina encontrada no Brasil contém 2 mg de nicotina ativa por unidade. A média de consumo é de 10 gomas por dia, podendo chegar até 20. Pode produzir irritação da língua e da cavidade oral. As doses podem ser organizadas segundo a regra²⁵¹:

a. *Para pacientes que fumam <25 cigarros/dia:*

1 goma (2mg) a intervalos de 1-2 horas nas 4 primeiras semanas, até o máximo de 20 gomas/dia

1 goma (2mg) a intervalos de 2-4 horas da 5ª à 8ª semana

1 goma (2mg) a intervalos de 4-8 horas da 9ª à 12ª semana

b. *Para pacientes que fumam >25 cigarros/dia:*

2 gomas (4mg) a intervalos de 1-2 horas nas 4 primeiras semanas, até o máximo de 20 gomas/dia

1 goma (2mg) a intervalos de 2-4 horas da 5ª à 8ª semana

1 goma (2mg) a intervalos de 4-8 horas da 9ª à 12ª semana

Apesar da terapia de substituição da nicotina ser considerada muito mais segura do que fumar, há algumas contraindicações a sua aplicação que precisam ser observadas. Este método não deve ser indicado para grávidas, para menores de 18 anos e para aqueles pacientes portadores de doenças cardiovasculares instáveis como infarto do miocárdio recente, anginas instáveis ou determinadas arritmias.

Para prescrição de apoio medicamentoso, deve-se seguir critérios que foram estabelecidos de acordo com o tipo de abordagem realizada²⁵²:

- 1) Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- 2) Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- 3) Fumantes com escore do teste de fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;

²⁵¹ BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 6, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000600021&lng=pt&nrm=iso>.

²⁵² BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf>.

- 4) Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- 5) Não haver contraindicações clínicas.

Características do cloridrato de bupropiona

Classificação	Não-nicotínico, 1ª linha no tratamento do tabagismo. Aprovada pelo FDA em 1997. Nível de evidência A. ⁽⁶⁰⁾
Mecanismo de ação	• Atua no bloqueio da recaptção neuronal da dopamina, da noradrenalina, e da serotonina de forma expressiva no núcleo accumbens.
Absorção	• Rápida pelo sistema digestivo, atingindo pico plasmático em 3 h, permanecendo elevado na insuficiência renal.
Metabolismo	• Vida média de 21 h. Metabolização hepática, principalmente pela isoenzima CYP2B6, que pode ser afetada por drogas como a cimetidina, valproato de sódio e ciclofosfamida. Esta inibe a atividade da CYP2D6 o que reduz o metabolismo de betabloqueadores e antiarrítmicos.
Eliminação	• Liberação lenta pelo rim (87%).
Indicação	• Amenizar os efeitos da fissura e da abstinência. Grau de dependência: escore de Fagerström ≥5 pontos. Favorecer a abordagem comportamental. Considerar a preferência do paciente na ausência de contra-indicações.
Apresentação e posologia	• Comprimidos de 150 mg; usar 150 mg/dia durante 3 dias, 300 mg do 4º dia até o final do tratamento, em duas tomadas, a última até 16 h.
Tempo de tratamento	• Recomenda-se o uso até 12 semanas. Não há evidências suficientes quanto aos efeitos do uso prolongado da bupropiona para prevenir a recaída. ⁽⁶⁰⁾
Segurança	• Risco de convulsão na dose usual: 1:1.000 pacientes. Interação com drogas que atuam no Citocromo P-450: tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção da serotonina, betabloqueadores, alguns antiarrítmicos e antipsicóticos. Segurança não estabelecida: gestantes, nutrízes e menores de 18 anos.
Tolerabilidade	• Em geral, é bem tolerada. Evitar uso com álcool, anoréticos, psicotrópicos e drogas ilícitas.
Efeitos adversos	• Efeitos mais comuns: insônia, cefaléia, boca seca, tonturas, aumento da PA. • Outros efeitos descritos: arritmias cardíacas, enxaqueca, náuseas, vômitos, constipação, dor abdominal, convulsões, anorexia, anemia, trombocitopenia, leucopenia, equimoses, hipoprolactinemia, urticária, etc.
Contra-indicações	• Absolutas: Epilepsia, convulsão febril na infância, tumor do SNC, anormalidades no EEG, traumatismo craniano, uso de inibidor da MAO nos últimos 15 dias. • Relativas: Evitar uso concomitante: carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoina, antipsicóticos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral/insulina. Hipertensão arterial sistêmica não controlada.
Intervenções combinadas	• Indicação: insucesso da monoterapia, transtornos ansiosos, ausência de contra-indicações. Há evidências quanto aos benefícios em longo prazo da associação da bupropiona com a TRN (A). ⁽⁵⁴⁾
Eficácia comparada	• Revisão Cochrane: OR = 1,94 (IC95%: 1,72-2,19) em favor da abstinência, quando comparada ao placebo. ⁽⁶⁰⁾

FDA: U.S. Food and Drug Administration; PA: pressão arterial; SNC: sistema nervoso central; EEG: eletroencefalograma; MAO: monoaminoxidase; TRN: terapia de reposição de nicotina.

Fonte: Reichert et al.²⁵³.

A segunda linha de tratamento é utilizada se a primeira falhar. Utiliza a **bupropiona**, um estimulante do humor capaz de reduzir a fissura em adultos que consomem 15 cigarros ou mais ao dia. Para fumantes com depressão, a indicação ainda é mais precisa. Estudos mostram que, comparada com placebo, apresenta um período de abstinência duas vezes maior e menor aumento de peso após a parada do cigarro. Inicia-se a bupropiona duas semanas antes da data planejada para a cessação do uso de tabaco. A dose inicial é de 150 mg por dia até o terceiro dia, passando em seguida para 300 mg. O tratamento pode ter duração de 7 a 12 semanas. A associação entre a terapia de reposição de nicotina e a bupropiona tem resultado em um aumento da efetividade na cessação do uso do tabaco quando comparada ao uso de bupropiona isoladamente.

²⁵³ REICHERT, Jonatas, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo, 2008: diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-880. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0408/pdfs/IS28%284%29116.pdf>.

A bupropiona possui algumas contraindicações absolutas (que implicam em risco de crises convulsivas), a serem investigadas: episódios anteriores de crises convulsivas; traumatismo crânio-encefálico (TCE); retirada recente de álcool; transtorno bulímico; anorexia nervosa; uso concomitante de Inibidores da monoaminoxidase (IMAO); uso concomitante de compostos contendo bupropiona.

Como terceira linha, no caso de fissura de difícil controle e falha dos fármacos utilizados, pode-se tentar um psicoanaléptico tricíclico. A nortriptilina e a amitriptilina são os mais indicados nestes casos. A nortriptilina é um antidepressivo que bloqueia a recaptação de noradrenalina na pré-sinapse, aumentando sua concentração na fenda sináptica. É um metabólito da amitriptilina. Portanto, na falta da nortriptilina pode-se usar a amitriptilina que, no organismo, gradualmente se transforma nela.

A associação entre psicoterapia e de farmacoterapia tem se mostrado a intervenção mais efetiva. A terapia comportamental e a reposição de nicotina aparecem como a associação mais indicada. Materiais didáticos de autoajuda, aconselhamento por telefone e estratégias motivacionais podem ajudar a melhorar a efetividade do tratamento.

A diretriz brasileira sobre tabagismo de 2011, para a saúde suplementar, montada por várias associações de especialidades médicas está bastante interessante e é fonte de consulta válida, levando em conta algumas diferenças entre as características dos serviços públicos, dos serviços de saúde suplementar e dos privados²⁵⁴. Ainda é bem atual o Consenso publicado pelo Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2001²⁵⁵.

A rede qualificada para a atenção aos tabagistas no SUS poderá oferecer:

- a) - abordagem cognitivo-comportamental;
- b) - adesivo de nicotina 21, 14 e 7 mg;
- c) - goma de mascar de nicotina 2mg;
- d) - cloridrato de bupropiona 150mg;
- e) - pastilha de nicotina 4mg;
- f) - pastilha de nicotina 2mg.

Em todo o mundo há atualizações, do trabalho de Fiore, realizado nos Estados Unidos, sobre as terapias antitabágicas, que o mantêm contemporâneo^{256, 257}.

Estratégias tradicionais e comprovadas, utilizáveis em pacientes que entram em tratamento antitabágico.

²⁵⁴ AMB. **Tabagismo**. Projeto Diretrizes. [MIRRA, A.P. et al.]. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf>>.

²⁵⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante**: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/tratamento_fumo_consenso.pdf>.

²⁵⁶ US Department of Health and Human Services. **Treating tobacco use and dependence 2008 update**. Tobacco use and dependence guideline panel. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>>.

²⁵⁷ FIORE, M.C. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. **Respir Care**. 2000 Oct;45(10):1200-62. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11054899>>.

Terapias psicossociais	Construção de estratégias	Exemplos
Desenvolver habilidades para a resolução dos problemas	Identificar o risco de recaída	Reconhecer estresse, sentimentos negativos, companhia de fumantes, álcool, angústia, ansiedade, tristeza, depressão.
	Desenvolver estratégias substitutivas	Aprender estratégias: <ul style="list-style-type: none"> • reduzir humor negativo (relaxar, banhar-se, fazer algo prazeroso, ouvir música, ler, exercícios); • controlar urgência por fumar (caminhar, distrair-se, tomar água, sucos, escovar dentes, mascar chiclete).
Apoio da equipe de saúde	Informar sobre a dependência	Saber reconhecer a abstinência (sintomas, duração); conhecer a natureza aditiva da nicotina (uma tragada pode gerar recaída); saber que a fissura cede em pouco tempo (três minutos); aprender estratégias substitutivas para atravessar os momentos difíceis.
	Encorajar a tentativa de abandono	Existe um tratamento eficaz para deixar de fumar. Metade das pessoas é capaz de parar com ajuda. Transmitir confiança: capacidade de alcançar o êxito.
Apoio social a familiares e amigos	Cuidar/responder às dúvidas e aos temores	Indagar sobre o sentimento de parar, oferecendo apoio, sempre aberto a inquietações, temores e ambivalência.
	Favorecer o plano de abandono	Trabalhar motivos para o abandono, dúvidas e preocupações ao deixar de fumar, resultados obtidos e dificuldades.
	Solicitar suporte social e familiar	Orientar sobre contenção familiar e social, informar dia "D" aos familiares e amigos que escolher; estimular ambiente livre de tabaco em casa e no trabalho e pedir cooperação.
	Facilitar o desenvolvimento das habilidades	Identificar pessoas que apóiem a recuperação (pedir apoio, não fumar em sua presença, não oferecer cigarros, observar mudanças transitórias de humor).
	Estimular o suporte a outros fumantes	Estimular outros fumantes a pararem.

Fonte: Fiore (2000)²⁵⁸, apud Reichert (2008).

O programa do Ministério da Saúde para abordagem e tratamento do tabagismo propõe que somente seja tratado com medicamentos antitabágicos o paciente que aceitou se submeter à abordagem cognitivo-comportamental, desenvolvendo habilidades para a prevenção da recaída.

Os municípios decidindo integrar o programa e credenciar unidades, nos termos das Portarias 1.035/04 e 442/04 do Ministério da Saúde, recebem o Manual do Coordenador, o Manual do Participante, adesivos transdérmicos de nicotina 21, 14 e 7mg, goma de mascar de nicotina 2mg, pastilha de nicotina 2 e 4mg e cloridrato de bupropiona 150mg.

Alguns indicadores de saúde pública poderiam ser utilizados no monitoramento e na avaliação do cuidado ao tabagista no município. Por exemplo, poder-se-ia sugerir a manutenção de registros que possibilitem, no futuro, saber qual a proporção de usuários tabagistas cadastrados nas unidades de saúde, o número de grupos de tratamento do tabagismo realizados, a proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo, a proporção de fumantes que deixaram de fumar e a proporção de fumantes que abandonaram o tratamento. Outros indicadores poderão ser definidos e pactuados localmente.

Adaptações locais, a partir da essência do programa nacional podem ser feitas, a critério das secretarias municipais de saúde, desde que mantidas as regras básicas e o respeito às evidências científicas.

²⁵⁸ FIORE, M. Treating tobacco use and dependence. **Clinical practice guideline**, [no. 18]. Rockville: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.



Maude Adams como Joana D'Arc, gravura de Alphonse Mucha, 1920.

Quadros psicóticos agudos e transitórios

Protocolo Clínico

Alan Indio Serrano
Guilherme Mello Vieira
Mário Aurélio Aguiar Teixeira
Jair Abdon Ferracioli

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

A CID-10 acomoda na classificação dos quadros psicóticos agudos e transitórios um grupo heterogêneo de transtornos caracterizados por início agudo de sintomas psicóticos: delírios, alucinações e alterações perceptivas e grave alteração do comportamento. Conceitua-se como início agudo o desenvolvimento progressivo de um quadro clínico claramente anormal, ao longo de 2 semanas ou menos. Para estes quadros não há evidência de causa orgânica.

A recuperação completa ocorre normalmente dentro de alguns meses, com frequência em algumas semanas ou mesmo dias. Caso o transtorno persista, será necessária mudança no diagnóstico. O transtorno pode ou não estar associado a fatores supostamente desencadeantes ou a situações de estresse agudo (dentro de 1 a 2 semanas do início do quadro).

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

Grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos tais como ideias delirantes, alucinações, perturbações das percepções e por uma desorganização maciça do comportamento normal. O termo “agudo” é aqui utilizado para caracterizar o desenvolvimento crescente de um quadro clínico manifestamente patológico em duas semanas no máximo. Para estes transtornos não há evidência de uma etiologia orgânica. Acompanham-se frequentemente de uma perplexidade e de uma

confusão, mas as perturbações de orientação no tempo e no espaço e quanto à pessoa não são suficientemente constantes ou graves para responder aos critérios de um delírium de origem orgânica (F05.-). Em geral estes transtornos se curam completamente em menos de poucos meses, freqüentemente em algumas semanas ou mesmo dias. Quando o transtorno persiste o diagnóstico deve ser modificado. O transtorno pode estar associado a um “stress” agudo (os acontecimentos geralmente geradores de “stress” precedem de uma a duas semanas o aparecimento do transtorno).

F23.0 Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos

Transtorno psicótico agudo que comporta alucinações, ideias delirantes ou perturbações das percepções manifestas, mas muito variáveis, mudando de dia para dia ou mesmo de hora para hora. Existe freqüentemente uma desordem emocional que se acompanha de sentimentos intensos e transitórios de felicidade ou de êxtase, ou de ansiedade e de irritabilidade. O polimorfismo e a instabilidade são a característica do quadro clínico. As características psicóticas não correspondem aos critérios diagnósticos da esquizofrenia (F20.-). Estes transtornos têm freqüentemente um início repentino, desenvolvendo-se em geral rapidamente no espaço de poucos dias e desaparecendo também em geral rapidamente, sem recidivas. Quando os sintomas persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de transtorno delirante persistente (F22.-). Inclui o bouffée delirante e a psicose cicloide sem sintomas de tipo esquizofrênico.

F23.1 Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos

Transtorno psicótico agudo caracterizado pela presença do quadro clínico polimorfo e instável descrito em F23.0, mas comportando além disso, e apesar da instabilidade do quadro clínico, alguns sintomas tipicamente esquizofrênicos, presentes durante a maior parte do tempo. Quando os sintomas esquizofrênicos persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de esquizofrenia (F20.-). Inclui o bouffée delirante com sintomas de esquizofrenia e a psicose cicloide com sintomas de esquizofrenia.

F23.2 Transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico (*schizophrenia-like*)

Transtorno psicótico agudo caracterizado pela presença de sintomas psicóticos relativamente estáveis e justificam o diagnóstico de esquizofrenia (F20.-), mas que persistem por menos de um mês. As características polimorfas instáveis descritas em F23.0 estão ausentes. Quando os sintomas persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de esquizofrenia (F20.-). Inclui o ataque esquizofreniformes, a psicose esquizofreniformes breve, esquizofrenia aguda indiferenciada, a onirofrenia e a reação esquizofrênica. *Exclui:* o transtorno orgânico delirante [tipo esquizofrênico] (F06.2) e os transtornos esquizofreniformes SOE (F20.8).

F23.3 Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes

Transtorno psicótico agudo, caracterizado pela presença de ideias delirantes ou de alucinações relativamente estáveis, mas que não justificam um diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Quando as ideias delirantes persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de transtorno delirante persistente (F22.-). Inclui a psicose paranoica psicogênica e a reação paranoica.

F23.8 Outros transtornos psicóticos agudos e transitórios

Todos os outros transtornos psicóticos agudos especificados, para os quais não há evidência de uma etiologia orgânica, e que não justificam a classificação em F23.0-3.

F23.9 Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado

Inclui a psicose reativa breve SOE e a psicoses reativas.

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios diagnósticos são os da CID-10 para a o código F23. Um trabalho de diferenciação diagnóstica é fundamental, pois estas codificações são difíceis, uma vez que os quadros são muito parecidos com os de episódios e surtos psicóticos incluídos em outros grupos classificatórios.

Episódios psicóticos agudos podem ocorrer em diversas situações, por causas diferentes. Podem representar, por exemplo, um primeiro surto de esquizofrenia, um primeiro episódio maníaco ou depressivo grave, um estado transitório causado por substâncias psicoativas ou um estado de *delirium*.

Deve-se, pois, fazer um primeiro diagnóstico diferencial entre as psicoses ditas funcionais e as ditas orgânicas ou sintomáticas. Entre as primeiras incluem-se, além dos transtornos psicóticos agudos e transitórios, os surtos esquizofrênicos, reagudizações e recrudescimento de transtornos delirantes paranoides, e episódios de transtornos de humor (maníacos ou depressivos graves) com sintomas psicóticos. Nestes quadros, como regra, não ocorrem alterações da consciência.

As manifestações psicóticas orgânicas aparecem como manifestação sintomática de alguma lesão, doença ou intoxicação. Em geral decorrem de infecções, intoxicações por substâncias exógenas ou desordens metabólicas e têm como sintoma central a alteração da consciência. O diagnóstico diferencial, portanto, implica em distinguir dos quadros classificáveis como F2 e F3, distinguir das intoxicações e distinguir do *delirium*.

Muitas vezes o primeiro episódio de um processo psicótico ou de um transtorno recorrente, quando pouco intenso, é negligenciado nas primeiras horas ou mesmo nos primeiros dias. Dificilmente se apresentam nos serviços de saúde de forma voluntárias. São levados por familiares, amigos ou outras pessoas. Nas emergências, a postura do paciente, indiferente ao atendimento, ou recusando-o, contrasta com a de quem o conduz ao serviço de saúde.

Crises esquizofreniformes podem ser complicados por condutas suicidas ou para-suicidas²⁵⁹. O risco de suicídio é maior nos primeiros anos de manifestações do transtorno²⁶⁰.

Quadros psicóticos agudos bastante graves podem ser vistos em episódios maníacos nos quais haja abuso simultâneo de substâncias psicoativas. Nestes casos, a identificação do tipo de droga utilizada é importante.

Descartadas as possibilidades de o quadro ser um *delirium*, ser um novo surto de processo esquizofrênico, ou ser um episódio afetivo, pode-se pensar em transtorno psicótico agudo e transitório.

Nos transtornos psicóticos agudos e transitórios sintomas de perplexidade e confusão estão frequentemente presentes, embora as desorientações autopsíquica (em relação à pessoa) e alopsíquica (temporal e espacial) não sejam suficientemente persistentes ou graves para justificar o diagnóstico de *delirium* orgânico (F05.).

Os transtornos psicóticos agudos e transitórios têm como características básicas²⁶¹:

²⁵⁹ Condutas de consequências não fatais, com prática deliberada de comportamentos que causem dano pessoal. Os gestos de parassuicídio imitam, assim, o gesto suicida, mas usam métodos de baixa letalidade (medicamentos, cortes superficiais). A sua detecção e encaminhamento pode evitar um gesto suicida fatal. Vide:

SERRANO, A.I. **Chaves do óbito autoprovocado**: sua prevenção, assistência e gestão em saúde pública. Florianópolis: Insular, 2008.

²⁶⁰ BYRNE, P. Managing the acute psychotic episode. **BMJ** 2007;334:686. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39148.668160.80>. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1839209/>>.

1. Início agudo, em menos de 2 semanas, com a transição de um estado sem sintomas psicóticos para um estado francamente psicótico;
2. Presença de síndromes características, incluindo-se: (a) estados polimórficos (sintomas variáveis que se modificam rapidamente) característicos de psicoses agudas descritas em diversos países e (b) sintomas característicos da esquizofrenia;
3. Presença ou ausência de estresse agudo durante as 2 semanas que antecedem o início dos sintomas psicóticos;
4. Recuperação completa após 1 a 3 meses de evolução.

O diagnóstico não prescinde da coleta de uma história pregressa e atual completas (incluindo os dados sobre drogas utilizadas), o exame do estado mental, o exame físico (se houver condições de segurança para tal).

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Quadros em que foram descartados processos esquizofrênicos, transtornos afetivos, delírium e efeitos exclusivos de substâncias psicoativas;
- b) Hipersensibilidade aos fármacos.

5. CASOS ESPECIAIS

Os riscos são maiores nos casos de crianças, idosos frágeis, gravidez, concomitante demência por corpos de Lewy e outras doenças simultâneas. Em tais casos é importante atentar para as complicações no uso de psicofármacos: perda de consciência, obstrução aérea, depressão respiratória, hipotensão, colapso cardiovascular, convulsões, efeitos extrapiramidais, síndrome neuroléptica maligna²⁶².

6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU). Em casos muito graves poderá haver necessidade de internação em hospital geral ou em hospital especializado.

7. TRATAMENTO

Nos prontos-socorros a tranquilização rápida, quando há agitação ou grande ansiedade, fazendo uma sedação discreta, pode reduzir os riscos contra si e contra terceiros e permitir um exame mais demorado do paciente e uma coleta de dados mais profunda com acompanhantes²⁶³. Haloperidol é a droga de escolha para a tranquilização rápida²⁶⁴. O uso oral de medicações deve ter preferência

²⁶¹ SALLET, P. C.; FRITZEN, F.M.; FUKUDA, L.E. Síndromes psicopatológicas: transtornos psicóticos breves, transtorno esquizoafetivo e transtorno delirante. **Clin Psiq** S5 C54, 2/23/11. Disponível em: <http://consultapsiquiatria.com.br/material/S05C54_SALLET_CapituloLivroIPq2011.pdf>.

²⁶² GAVIN, Blanaid; TURNER, Niall; O'CALLAGHAN, Eadbhard; ICGP; **Quality in Practice Committee. Early Psychosis: diagnosis & management from a GP perspective.** (Irlanda): Irish College of General Practitioners, ICGP, 2011. Disponível em: <<http://www.icgp.ie/go/library/catalogue/item/F70DD4C1-8E09-42CC-87428F0A18670101>>.

²⁶³ THOMAS, H.; KNOTT, L.; BONSALL, A. **Rapid Tranquilisation.** Yeadon: Egton Medical Information Systems Limited, 2012. Disponível em: <<http://www.patient.co.uk/doctor/Rapid-Tranquilisation.htm>>.

²⁶⁴ ADAMS, C.E.; BERGAMAN, H.; IRVING, C.B.; LAWRIE, S. **Cochrane Database Syst Rev.** 2013 Nov 15;11:CD003082. doi: 10.1002/14651858.CD003082.pub3. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24242360>>.

sobre o parenteral. Em casos muito graves injeta-se de 2,5 a 5 mg de haloperidol por via intramuscular. Repetir após cada hora, se necessário, embora intervalos de 4 a 8 horas sejam satisfatórios. Tão logo seja possível, esta via deve ser substituída pela via oral.

Com haloperidol não fica descartado o uso simultâneo de biperideno, oral ou intramuscular, para evitar efeitos extrapiramidais.

Medicações para quadros psicóticos de urgência e emergência

Fármaco	Tempo de concentração máxima	Meia vida aproximada
Haloperidol IM	15-60 min	10-36 h
Haloperidol solução	2-6 h	10-36 h
Haloperidol comprimidos	2-6 h	10-36 h

A clorpromazina também tem bons efeitos, nas doses de 25 a 100 mg, repetida dentro de 1 a 4 horas, até cederem os sintomas^{265, 266, 267}.

A levomepromazina, outro paradigma da década de 1950, continua sendo tendo indicação. É bastante sedativa e tem boa utilidade em pacientes insones²⁶⁸, quando administrada à noite, para psicóticos que estão em um período excessivamente ativo durante horários em que os familiares dormem. Tem utilidade à noite, principalmente, nos casos de psicoses com insônia e com agitação noturna. Na manutenção ela só seria indicada para uso noturno, em pacientes com grave insônia por fatores psicóticos, pois não é interessante usá-la durante o dia, em tratamento regular²⁶⁹.

Em caso de negativa ou dificuldade de ingestão oral, ou em prontos-socorros, a medicação pode ser administrada por via intramuscular. Misturas de benzodiazepínicos com neurolépticos, principalmente na mesma seringa, são contraindicadas. Há cuidados básicos que devem ser observados rigorosamente, pois é comum a prescrição de clorpromazina e prometazina por via intramuscular.

Eventualmente ocorre a mistura de ambas e sua aplicação num único local, como o deltoide. Quando da mistura temos a ocorrência de mudanças de pH e da química dos fármacos. A mistura gera um volume total de 7 ml, extremamente inadequado para um músculo suportar. Pode ocorrer demora na absorção e consequente demora na ação, além da dor provocada pela irritação que os fármacos causam no músculo. Há, inclusive, risco de se formar um abscesso. Deve-se, pois, usar sempre a região glútea, quando a injeção for volumosa, aplicando-a de forma lenta e

²⁶⁵ ADAMS, C.E. Chlorpromazine for schizophrenia: a Cochrane systematic review of 50 years of randomized controlled trials. **BMC Med.** 2005 Oct 17;3:15. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16229742>>.

²⁶⁶ TURNER T. Chlorpromazine: unlocking psychosis. **BMJ** (Clinical Research Ed). 2007;334 (suppl 1): s7. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39034.609074.94>. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/334/suppl_1/s7>.

²⁶⁷ ADAMS, C. et al. Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia. **Cochrane Database Syst Rev.** 2014 Jan 6;1:CD000284. doi: 10.1002/14651858.CD000284.pub3. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24395698>>.

²⁶⁸ PINTO Jr., L.R. et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 68, n. 4, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2010000400038&lng=pt&nrm=iso>.

²⁶⁹ SIVARAMAN, P.; RATTEHALLI, R.D.; JAYARAM, M.B. Levomepromazine for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 10. Art. No.: CD007779. DOI: 10.1002/14651858.CD007779.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007779.pub2/abstract>>.

profunda. Não se deve misturar os fármacos na mesma seringa. Deve-se aplicá-los separadamente, em regiões glúteas diferentes²⁷⁰.

Na sequência, após o atendimento de urgência, o tratamento em CAPS ou em unidade básica pode manter haloperidol via oral. As doses variam de 5 a 15 mg/dia, devendo ser reduzidas até o nível mais baixo de efetividade, a partir da observação dos sintomas.

Pode-se usar, alternativamente, a clorpromazina: 50 a 600 mg/dia, em 2 a 6 tomadas, ajustando a dose de forma gradual conforme a necessidade e tolerância. Os pacientes geriátricos e debilitados requerem uma dose menor. A dose máxima é de 1 grama diário. As doses de manutenção podem ser diminuídas gradativamente, até a retirada, após um mês, dependendo da sintomatologia.

Flufenazina²⁷¹ e tioridazina²⁷², presentes nas Relações Municipais de Medicamentos (REMUME) de alguns municípios, seriam também escolhas eficazes e baratas. O cloridrato de flufenazina (apresentado em comprimidos de 5 mg) é neuroléptico incisivo, menos sedativo do que a clorpromazina e do que o haloperidol, com bons efeitos sobre psicoses de sintomas negativos e sobre delírios, desde que monitorado em relação aos efeitos colaterais^{273, 274}. Tem reações extrapiramidais pronunciadas, devendo-se receitar biperideno concomitantemente, para prevenir tremores, discinesia, acatisias e distonias. Por muitos anos a flufenazina foi utilizada em saúde pública, mas é difícil encontrá-la no comércio, atualmente, por ser pouco lucrativa para os fabricantes. Seria uma boa opção para as relações estaduais e municipais de medicamentos. O enantato de flufenazina (vendido em ampolas de 25 mg, de uso semanal) e o decanoato de haloperidol (ampolas de 50 mg de uso mensal) são apresentações medicamentosas de liberação lenta, a serem utilizadas em pessoas que não aceitam tomar comprimidos e que, por isso, não aderem ao tratamento²⁷⁵.

A tioridazina é um fenotiazínicos, utilizável em doses de 50 a 300 mg por dia. Muitos pacientes adaptavam-se bem a este fármaco e tiveram

²⁷⁰ MARCOLAN, J. F.; URASAKI, M. B. M.. Orientações básicas para os enfermeiros na ministração de psicofármacos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 3, Oct. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000300004&lng=en&nrm=iso>, e em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/html/436/body/v32n3a04.htm>>.

²⁷¹ DAVID, A. Depot fluphenazine decanoate and enanthate for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2004, Issue 2. Art. No.: CD000307. DOI: 10.1002/14651858.CD000307. Disponível em: <<http://www.biblioteca.cochrane.com/pdf/CD000307.pdf>>.

²⁷² COSTALL, B.; NAYLOR, R.J. Detection of the neuroleptic properties of clozapine, sulpiride and thioridazine. **Psychopharmacologia**, Volume 43, Issue 1, pp 69-74. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/BF00437617>>.

²⁷³ MATAR, H.E.; ALMERIE, M.Q.; SAMPSON, S. Fluphenazine (oral) versus placebo for schizophrenia. **Cochrane Database Syst Rev**. 2013 Jul 17;7:CD006352. doi: 10.1002/14651858.CD006352.pub2. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23861067>>.

²⁷⁴ TARDY, M.; HUHN, M.; ENGEL, R.R.; LEUCHT, S. Fluphenazine versus low-potency first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 8. Art. No.: CD009230. DOI: 10.1002/14651858.CD009230.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009230.pub2/abstract;jsessionid=93F0CE16D8472837870B2369D5A71FF7.f03t03?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>.

²⁷⁵ TEIXEIRA, M. B., et al. Perfil comparativo do custo do tratamento entre pró-fármacos e os seus fármacos precursores. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 2013;34(2):223-228. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2278/1404>.

dificuldades, nos países em que ele foi retirado abruptamente do comércio, por ser barato e gerar pouco lucro aos fabricantes²⁷⁶. No Brasil ainda se pode conseguir tioridazina.

A risperidona não tem superioridade terapêutica em relação aos típicos, mas seus efeitos colaterais menos pronunciados fazem dela uma indicação possível, inclusive em psicoses de adolescentes²⁷⁷. Como neuroléptico atípico, seria outra opção, já utilizada na esquizofrenia, que no futuro poderá vir a ser incluída numa lista mais ampla de indicações, na medida que sua relação custo-benefício mostre-se favorável.

A remoção de estressores que porventura estejam influenciando sobre o quadro poder ter efeitos. Daí a importância de um seguimento psicossocial, com um olhar à vulnerabilidade da pessoa.

8. MONITORIZAÇÃO

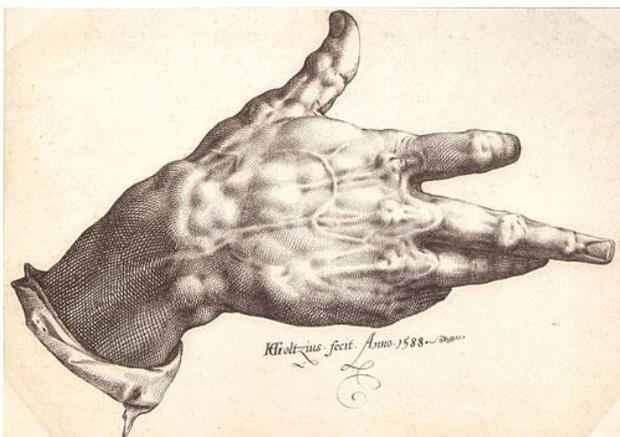
Durante a sedação, no atendimento de urgência, deve-se monitorar os batimentos cardíacos, o pulso e a frequência respiratória, Sua transferência ou alta do serviço de emergência devem ser feitas quando houver acompanhamento, após estabilidade psíquica relativa e em boas condições respiratórias, monitorar efeitos extrapiramidais. Os efeitos extrapiramidais dos neurolépticos, em especial do haloperidol precisam ser monitorados, especialmente nos tratamentos de manutenção, em longo prazo. Tais efeitos podem ser facilmente prevenidos pelo uso concomitante de biperideno. Em situações de urgência também se pode resolver a liberação extrapiramidal aguda por biperideno intramuscular.

Deve-se registrar no prontuário a condição física do paciente, seu diagnóstico, as drogas aplicadas (com sua sequência e dosagens), o desfecho do atendimento e as medidas tomadas para o encaminhamento. É interessante, para propiciar boa monitorização, registrar no prontuário a condição física do paciente, seu diagnóstico, as drogas aplicadas (com sua sequência e dosagens), o desfecho do atendimento e as medidas tomadas para o encaminhamento.

Se o atendimento for em unidade de emergência, o ideal é combinar, com um CAPS, com a unidade básica ou outro serviço de referência, e com a família, o seguimento do tratamento, com consulta a ser marcada em curtíssimo prazo. Um quadro agudo e transitório responde bem a consultas com curtos intervalos. Se necessário, as consultas, nos primeiros dias, podem ser diárias, passando a semanais e a quinzenais na medida em que os sintomas vão abrandando. Uma vez que a crise tenha passado totalmente, é interessante manter um contato com o serviço, para fins preventivos, evitando novos episódios psicóticos.

²⁷⁶ PURHONEN, M.; KOPONEN, H.; TIIHONEN, J.; TANSKANEN, A. Outcome of patients after market withdrawal of thioridazine: A retrospective analysis in a nationwide cohort. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, Vol. 21, Issue 11, pages 1227–1231, November 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.3346/abstract;jsessionid=AC44E62656FBCDD1A5E067A101CF78EA.f03t01?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>.

²⁷⁷ KUMAR, A.; DATTA, S.S.; WRIGHT, S.D.; FURTADO, V.A.; RUSSELL, P.S. Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 10. Art. No.: CD009582. DOI: 10.1002/14651858.CD009582.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009582.pub2/pdf>> .



Mão direita. Gravura do ilustrador Goltzius, 1588.

Esquizofrenias

Protocolo Clínico

Guilherme Mello Vieira
Alan Indio Serrano
Lia Quaresma Coimbra
Noêmia Liege M. da Cunha Bernardo
Anna Paula G. Macarini

e Grupo Consultores do QualisUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Os denominados transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de doenças mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, com graus variados de autismo e de ambivalência, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo imediato da inteligência, embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos. Há fortes indícios de que haja pelo menos oito alterações genéticas²⁷⁸ diferentes abrigadas sob o rótulo de esquizofrenia, uma expressão guarda-chuva que classifica diversos componentes de um mesmo espectro psicopatológico.

Vários protocolos recentes têm sido publicados no Reino Unido, para uso em sistema público universal de saúde^{279, 280}. Há, pois, certo consenso mundial sobre as formas de tratar os transtornos do espectro esquizofrênico inclusive nos casos de crianças e adolescentes²⁸¹. Também no Brasil o protocolo do Ministério da Saúde, antes lançado como protocolo para esquizofrenia refratária, está atualizado

²⁷⁸ ARNEDO, J. et al. Uncovering the Hidden Risc Architecture of the Schizophrenias: confirmation in three independent genome-wide association studies. **The American Journal of Psychiatry**, Volume 172 Issue 2, February 01, 2015, pp. 139-153. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2014.14040435>>.

²⁷⁹ BARNES, Thomas R.E.; Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. **Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia**: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Londres: British Association for Psychopharmacology, 2010. Disponível em: <http://www.bap.org.uk/pdfs/Schizophrenia_Consensus_Guideline_Document.pdf>.

²⁸⁰ SIGN. NHS. NICE. **Management of schizophrenia**: a national clinical guideline. Edimburgo: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Mar 2013. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf>>.

²⁸¹ NHS. NICE. **Psychosis and schizophrenia in children and young people**. NICE Clinical Guideline. Londres: NICE, jan 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg155/resources/new-nice-guidance-on-psychosis-and-schizophrenia-in-children-and-young-people>>.

e válido para todos os tipos e graus de esquizofrenia²⁸². O presente protocolo, coerente com o nacional, é um sucedâneo daquele e se baseia, grandemente, nas referências bibliográficas nele contidas²⁸³.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F20.0 Esquizofrenia paranoide (inclusive esquizofrenia parafrênica)

Exclui: estado paranóico de involução (F22.8) e paranóia (F22.0)

F20.1 Esquizofrenia hebefrênica (esquizofrenia desorganizada e hebefrenia)

F20.2 Esquizofrenia catatônica (catalepsia, catatonia, estupor)

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 Depressão pós-esquifrênica

F20.5 Esquizofrenia residual (defeito esquifrênico [restzustand], esquizofrenia indiferenciada crônica, estado esquifrênico residual)

F20.6 Esquizofrenia simples

F20.8 Outras esquizofrenias (ataque esquizofreniformes, esquizofrenia cenestopática, psicose esquizofreniformes, transtorno esquizofreniforme, sem outra especificação)

Exclui: transtornos esquizofreniformes breves (F23.2)

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios levam e conta a história clínica e, ao exame das funções psíquicas, são sindrômicos, segundo os sinais e sintomas elencados na CID-10.

São sintomas de maior hierarquia:

- a) Eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento;
- b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante;
- c) Vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si, ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo; e
- d) Delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas).

São sintomas de menor hierarquia:

- a) Alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos 1 mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes;

²⁸² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: esquizofrenia**. Anexo da Portaria nº 364 de 9 de abril de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0364_09_04_2013.html> e em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>>.

²⁸³ Citamos os consultores que trabalharam na construção do protocolo do Ministério da Saúde: Rafael Henriques Candiago, Paulo Silva Belmonte de Abreu, Bárbara Corrêa Krug, Candice Beatriz Treter Gonçalves, Karine Medeiros Amaral, Roberto Eduardo Schneiders, Ivan Ricardo Zimmermann e Mileine Mosca. Seus editores são: Paulo Dornelles Picon, Maria Inez Pordeus Gadelha e Rodrigo Fernandes Alexandre. Além disso houve importante participação de técnicos do Ministério da Saúde, citados à p. 362 do protocolo em forma de livro.

b) Neologismos, intercepções ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante;

c) Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor; e

d) Sintomas "negativos", tais como apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que tais sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico).

e) Alteração da qualidade global de aspectos do comportamento pessoal (perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, atitude ensimesmada e retraimento social).

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

a) Diagnóstico de esquizofrenia, somado a:

b) Presença de um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação;

c) No caso de paciente cronicamente asilado, é requerida a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma continuada.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Esquizofrênicos com hipersensibilidade aos fármacos.

Esquizofrênicos em estado transitório de psicose alcoólica ou tóxica, de dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos.

Também são excluídos os esquizofrênicos com impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo.

Não poderão ser incluídos os pacientes que apresentarem apenas diagnósticos de mania ou depressão isolados, transtorno esquizoafetivo ou de transtorno bipolar.

6. CASOS ESPECIAIS

Esquizofrenia com risco de suicídio atual e os que desenvolverem discinesia tardia com repercussão significativa poderão ser tratados com clozapina.

A depressão pós-esquizofrênica é um subtipo de esquizofrenia peculiar, por classificar casos em que um episódio depressivo eventualmente prolongado ocorre ao fim de uma afecção esquizofrênica. Apesar de que alguns sintomas esquizofrênicos "positivos" ou "negativos" ainda devam estar presentes, eles não dominam mais o quadro clínico. Esse tipo de estado depressivo se acompanha de um maior risco de suicídio. O diagnóstico é excluído no caso de o paciente não apresentar mais nenhum sintoma esquizofrênico, quando então se deve fazer um diagnóstico de episódio depressivo.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU), hospitais gerais e hospitais especializados.

8. TRATAMENTO

Os medicamentos tradicionais

O elenco e a bula dos medicamentos utilizados em saúde pública podem ser encontrados no Formulário Terapêutico Nacional²⁸⁴, ferramenta de consulta muito interessante para quem trabalha no Sistema Único de Saúde. O uso contínuo de neurolépticos é um dos fatores mais proeminente, relatados na literatura, para reduzir o risco de recidiva de surtos esquizofrênicos, pelos seus efeitos tranquilizantes, deliriolíticos e antialucinatórios. Deve, portanto, ser uma prioridade no trabalho cotidiano dos psiquiatras e dos médicos que têm contato com esquizofrênicos²⁸⁵.

Antipsicóticos típicos, como o haloperidol e a clorpromazina são os paradigmas desde a década de 1950, e constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)²⁸⁶.

O haloperidol têm efeitos terapêuticos equivalentes aos dos medicamentos mais novos e mais caros (não é nem superior nem inferior a eles)^{287, 288}. Têm alguns efeitos colaterais pronunciados, aos quais o médico pode prestar atenção e prevenir ou tratar. Entre estes ressalta-se as síndromes de liberação extrapiramidal (acatisia, discinesia e distonia), por haloperidol, capaz de resolução e de prevenção pelo biperideno.

A clorpromazina ainda é tida como um tratamento efetivo, não ameaçado pelos estudos dos novos neurolépticos. Apesar dos efeitos adversos, ela se mantém como o tratamento padrão e como a droga-controle no estudo da esquizofrenia²⁸⁹. Ressaltam-se a hipotonia²⁹⁰, as alterações da prolactina (com ou sem galactorréia), a sedação e as eventuais reações cutâneas.

²⁸⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional** 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf>.

²⁸⁵ OLIVARES, J.M. et al. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. **Ann Gen Psychiatry**. 2013; 12: 32. doi: 10.1186/1744-859X-12-32. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4015712/>>.

²⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME** 2013. 8. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.dropbox.com/s/zpt2okpaj6tc92g/livro_rename_out_2013.pdf>.

²⁸⁷ TARDY, M.; HUHN, M.; KISSLING, W.; ENGEL, R.R.; LEUCHT, S. Haloperidol versus low-potency first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 7. Art. No.: CD009268. DOI: 10.1002/14651858.CD009268.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009268.pub2/abstract>>.

²⁸⁸ ADAMS, C.E.; BERGMAN, H.; IRVING, C.B.; LAWRIE, S. Haloperidol versus placebo for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 11. Art. No.: CD003082. DOI: 10.1002/14651858.CD003082.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003082.pub3/full>>.

²⁸⁹ ADAMS, C.E.; AWAD, G.A.; RATHBONE, J.; THORNLEY, B.; SOARES-WEISER, K. Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 1. Art. No.: CD000284. DOI: 10.1002/14651858.CD000284.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000284.pub3/full>>.

²⁹⁰ LEUCHT, C.; KITZMANTEL, M.; KANE, J.; LEUCHT, S.; CHUA, W.L.L.C. Haloperidol versus chlorpromazine for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 1. Art. No.: CD004278. DOI: 10.1002/14651858.CD004278.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004278.pub2/full>>.

A levomepromazina, apesar de causar sonolência, também é eficaz, em alguns casos excepcionais. É bastante sedativa e tem boa utilidade em pacientes insones²⁹¹, quando administrada à noite, para esquizofrênicos que estão em um período excessivamente ativo durante horários em que os familiares dormem.

O rol atual de antipsicóticos para esquizofrenia no SUS

Os neurolépticos disponíveis para tratamento de esquizofrenia no SUS são os seguintes:

- 1) Clorpromazina: comprimidos de 25 e 100 mg; solução oral de 40 mg/ml
- 2) Clorpromazina: solução injetável 25/ ampola de 5 ml (para uso em urgências e emergências)
- 3) Haloperidol: comprimido de 1 e 5 mg solução oral 2 mg/ml
- 4) Decanoato de haloperidol: solução injetável 50 mg/ ampola de 1 ml (de liberação lenta e efeito prolongado a quase um mês, para pessoas que não tomam comprimidos)
- 5) Haloperidol: solução injetável de 5 mg/ml para uso em urgências e emergências
- 6) Risperidona: comprimidos de 1, 2 e 3 mg
- 7) Olanzapina: comprimidos de 5 e 10 mg
- 8) Quetiapina: comprimidos de 25, 100, 200 e 300 mg
- 9) Ziprasidona: cápsulas de 40 e 80 mg
- 10) Clozapina: comprimidos de 25 e 100 mg (para uso excepcional)

Os neurolépticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina e ziprasidona) têm efeitos colaterais que exigem observação da equipe de saúde. A olanzapina, apesar da grande eficácia nos sintomas psicopatológicos, pode ter efeitos importantes no desencadeamento de diabetes e de obesidade, por alterar o metabolismo.

Contudo, todos os antipsicóticos da lista deste protocolo, com exceção de clozapina, podem ser utilizados no tratamento, sem ordem de preferência.

Os tratamentos devem ser feitos com um medicamento de cada vez (monoterapia), de acordo com o perfil de segurança e a tolerabilidade do paciente.

Caso haja intolerância por efeitos extrapiramidais, estarão indicados, após ajuste de dose, biperideno via oral. Na sua falta, ou em paciente com tendência a abusar ou criar dependência psicológica do biperideno (especialmente nos que experimentaram-no pela via endovenosa), pode-se usar propranolol.

No caso de persistência dos efeitos mesmo depois dessa alternativa, estará indicada a substituição por outro antipsicótico com menor perfil de efeitos extrapiramidais, como olanzapina, quetiapina ou ziprasidona. Recomenda-se a avaliação dos sintomas extrapiramidais pelas escalas Simpson. Os sintomas extrapiramidais motores devem descrever a ocorrência de pelo menos um dos seguintes grupos: distonia, discinesia, acatisia e parkinsonismo (tremor, rigidez e bradicinesia). Devem também ter ocorrido nos três primeiros meses de tratamento, normalmente nas primeiras semanas.

Considera-se que o medicamento não teve o resultado esperado, ou que houve falha terapêutica do fármaco, quando o uso de qualquer

²⁹¹ PINTO JR, L. R. et al . New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 68, n. 4, ago. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2010000400038&lng=pt&nrm=iso>.

desses fármacos, por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas, não causou melhora de pelo menos 30% na escala da versão brasileira da Avaliação Psiquiátrica Breve (British Psychiatric Rating Scale - BPRS)²⁹², Em caso de falha terapêutica, uma segunda tentativa, com algum outro antipsicótico deverá ser feita.

No caso de a intolerância a risperidona dever-se ao aumento de prolactina (nível sérico acima de 25 ng/ml nas mulheres e acima de 20 ng/ml nos homens) acompanhado ou não de galactorreia e irregularidades menstruais, indica-se outro antipsicótico.

A clozapina poderá ser considerada apenas em caso de refratariedade a pelo menos 2 medicamentos utilizados por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas, sem melhora de pelo menos 30% na escala BPRS. Também pode ser utilizada em caso de risco alto de suicídio e grave discinesia tardia, de repercussão significativa, mesmo antes de se completarem 6 semanas ou de se observar melhora de 30% nessa mesma escala.

A clozapina é um medicamento que exige farmacovigilância com um olhar psiquiátrico e hematológico. Caso haja intolerância à clozapina por agranulocitose, após sua indicação por refratariedade, a troca poderá ser por olanzapina, quetiapina, risperidona ou ziprasidona, preferencialmente as que não foram utilizadas nos dois tratamentos iniciais.

Na impossibilidade de adesão ao uso oral de qualquer dos medicamentos citados, pode-se usar uma formulação de depósito, o decanoato de haloperidol.

Esquemas de administração dos fármacos

Clorpromazina

Deve-se iniciar com doses pequenas, entre 50-100 mg, 2-3 vezes ao dia, para atenuar possíveis efeitos adversos, embora pela meia-vida de 24 horas possa ser administrada 1 vez ao dia. Doses médias variam entre 400-800 mg, sendo 1 g a dose máxima recomendada. Doses abaixo de 150 mg estão relacionadas a maior chance de recidiva. O equilíbrio plasmático é alcançado em 2-5 dias de tratamento. Café, cigarro e antiácidos diminuem sua absorção, devendo-se considerar a administração de doses maiores nesses casos.

Haloperidol

Deve-se iniciar com doses fracionadas, embora tenha meia-vida de 24 horas, para minimizar efeitos adversos, até a dose máxima de 15 mg/dia em situações agudas e de 10 mg/dia para manutenção. Doses superiores parecem não ter benefício e aumentam a incidência de efeitos adversos.

Decanoato de haloperidol

Cada ampola de 1 ml de solução injetável contém o equivalente a 50 mg de haloperidol. Esta apresentação é reservada para casos em que haja dificuldade de administração de medicamento via oral. Deve-se indicar uma dose de 150 a 200 mg/mês para a maioria dos casos, aplicada a cada 4 semanas. Sua meia-vida é de cerca de 3 semanas, levando entre 3 a 6 meses para a estabilização da concentração plasmática. Por tal motivo, quando a sintomatologia é intensa, pode-se iniciar em doses superiores (até 400 mg/mês) divididas em tomadas de maior frequência (até semanalmente) nos primeiros meses. Também se pode iniciar com doses usuais e suplementar com haloperidol oral até a dose máxima de 15 mg/dia,

²⁹² ELKIS, H. et al. Análise fatorial da versão em português do BPRS ancorado (BPRS-A) em pacientes com esquizofrenia refratária. **Revista de Psiquiatria Clínica**, nov. dez. 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/psi256a.htm>>.

conforme a tolerância, principalmente no primeiro mês. Apatia e sedação exagerada são sinais de que a dose está muito alta.

Risperidona

Deve-se iniciar com 1 mg, 2 vezes ao dia, para evitar efeito de primeira dose (bloqueio alfa-adrenérgico). A dose pode ser aumentada em 1 mg, 2 vezes ao dia, até que uma dose-alvo de 6 mg/dia (3 mg, 2 vezes ao dia) seja alcançada no terceiro dia. As doses recomendadas de manutenção são de 3-6 mg/dia. Se descontinuada, a administração deve ser reiniciada conforme a primeira dose. Em pacientes com insuficiências renal ou hepática, a dose máxima recomendada é de 3 mg/dia. A administração simultânea com alimentos não interfere na biodisponibilidade do medicamento.

Quetiapina

Deve-se iniciar com 25 mg, 2 vezes ao dia, por via oral, com aumentos de 25-50 mg por dose por dia, com o objetivo de alcançar 300-600 mg/dia. A dose total poderá ser dividida em 2 ou 3 vezes ao dia, devendo ser alcançada entre o quarto e o sétimo dias de tratamento. O ajuste pode ser feito com incrementos (ou diminuição) de 25-50 mg, 2 vezes ao dia, ou num intervalo de 2 dias. A dose máxima situa-se entre 750-800 mg/dia.

Ziprasidona

Deve-se iniciar com 40 mg, 2 vezes ao dia, por via oral, sendo administrados com os alimentos. Aumentos de dose deverão ocorrer em intervalos superiores a 2 dias até a dose máxima de 160 mg/dia (80 mg, 2 vezes ao dia). A dose de manutenção ideal é de 40 mg, administrados 2 vezes ao dia.

Olanzapina

Deve-se iniciar com 5 mg à noite. Pode-se aumentar a dose em 5 mg após pelo menos 7 dias até uma dose de 20 mg/dia. Não há evidências de que doses acima de 20 mg/dia em pacientes não refratários sejam mais eficazes. O fabricante contraindica doses maiores de 20 mg, pelos riscos acentuados. Não é necessário ajuste de dose em casos de insuficiências renal ou hepática. Pacientes debilitados fisicamente e emagrecidos deverão receber no máximo 5 mg/dia. Na ocorrência de efeitos adversos graves de clozapina (agranulocitose, cardiopatia e oclusão intestinal), em pacientes refratários, olanzapina poderá ser utilizada até a dose de 30 mg/dia.

Clozapina

Deve-se iniciar com 12,5 mg à noite. Pode-se aumentar a dose em 25 mg a cada 1 a 2 dias até 300-400 mg/dia. Após 30 dias sem melhora, pode-se aumentar 50 mg a cada 3-4 dias até 800 mg/dia. Doses acima de 400 mg poderão ser fracionadas para aumentar a tolerância do paciente.

Manutenção da terapia e prevenção da liberação extrapiramidal

Para todos os medicamentos, obtida a melhora clínica, deverá ser instituída uma redução cuidadosa da dose na manutenção e acompanhamento clínico e psiquiátrico, com escores trimestrais (escala BPRS-A).

Para o tratamento dos efeitos extrapiramidais, o biperideno poderá ser utilizado na dose de 1 a 16 mg, divididos em 1 a 4 administrações ao dia, dependendo da intensidade dos sintomas.

O biperideno é um anticolinérgico cujos efeitos adversos são especialmente manifestos nos pacientes mais idosos, podendo causar confusão mental transitória. Em pronto-socorro é bastante utilizado por via intramuscular e oferece rápido alívio dos sintomas extrapiramidais em todos os pacientes. Apresenta-se em comprimidos de 2 mg (cloridrato de biperideno) e em solução injetável de 5 mg/ml (lactato de biperideno).

As contraindicações ao biperideno são:

- a) Glaucoma de ângulo fechado.
- b) Retenção urinária.
- c) Hipertrofia prostática.
- d) Miastenia grave.
- e) Obstrução gastrointestinal, megacolon.

O biperideno não tem utilidade na discinesia tardia, problema no qual ocorre piora com o uso de anticolinérgicos.

Na falta de biperideno, o propranolol também poderá ser utilizado diante de liberação extrapiramidal, na dose de 40 a 160mg, divididos em 2 a 3 administrações ao dia.

Tempo de tratamento e critérios de interrupção

São situações especiais, ao longo do tratamento:

- a) Discinesia tardia e tentativa de suicídio: substituir o medicamento em uso por clozapina;
- b) Má adesão ao tratamento: substituir o medicamento em uso por decanoato de haloperidol;
- c) Comorbidades clínicas iniciadas após o uso: hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, diabetes melitus, desenvolvimento de síndrome metabólica (se em uso de olanzapina e quetiapina, considerar a substituição do medicamento em uso por ziprasidona).

A interrupção do medicamento será opção do médico, a ser feita da seguinte forma:

- a) Para a risperidona terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 semanas de uso de dose máxima, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos intoleráveis, hiperprolactinemia ou sintomas extrapiramidais resistentes ao tratamento com biperideno ou propranolol ou gravidez/lactação.
- b) Para a olanzapina e a quetiapina terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 semanas de uso de até 20 mg/dia (olanzapina) ou de 800 mg/dia (quetiapina), não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos intoleráveis, ganho de peso com desenvolvimento de obesidade (IMC acima de 30 kg/m²), cintura com mais de 94 cm, HAS, dislipidemia, DM, resistência insulínica ou gravidez/lactação.

- c) Para a ziprasidona terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 semanas de uso de até 160 mg/dia, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos intoleráveis.
- d) Para a clozapina, em função do mecanismo de ação diferente (mais lento) deste fármaco, terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 meses de uso de 300-800 mg/dia, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (escalas) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos como convulsões, citopenia (leucócitos totais abaixo de 3.000/mm³ ou neutrófilos abaixo de 1.500/mm³ ou plaquetas abaixo de 100.000/mm³) ou conforme avaliação médica especializada. O paciente que, por qualquer das razões acima, tiver de interromper o uso de clozapina, poderá iniciar tratamento com quetiapina, ziprasidona, olanzapina ou risperidona.
- e) Para o haloperidol e a clorpromazina terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 semanas de uso de 300-1.000 mg/dia de clorpromazina ou 5-15 mg de haloperidol, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações ou apresentar distonia significativa, extrapiramidalismo ou efeitos adversos intoleráveis.

9. MONITORIZAÇÃO

Antes do início do tratamento com qualquer um dos medicamentos, é importante a avaliação dos seguintes aspectos:

- a) Idade,
- b) Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril),
- c) Três medidas de pressão arterial em datas diferentes,
- d) Dosagens de colesterol total e frações,
- e) Triglicerídios
- f) Glicemia de jejum.

Deve-se registrar também a história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia e discinesia, tentativa ou risco de suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus e outras comorbidades clínicas.

Para monitorização dos efeitos adversos, aconselha-se repetir as medidas antropométricas e de pressão arterial em 3, 6 e 12 meses.

Os exames laboratoriais (perfil lipídico e glicemia de jejum) devem ser refeitos em 3 e em 12 meses após o início do tratamento. Na sequência, a monitorização deve ser repetida anualmente. Em caso de alteração, uma avaliação com clínico deverá ser feita e o risco-benefício discutido em conjunto com a família e o paciente.

A dosagem do nível sérico de prolactina deverá ser solicitada quando houver relato de sintomas compatíveis com alterações hormonais, como diminuição da libido, alterações menstruais, impotência e galactorreia.

10. POSSÍVEIS EFEITOS ADVERSOS

Possíveis efeitos adversos do haloperidol e da clorpromazina

Haloperidol	Clorpromazina
Pode associar-se a alergia ao fármaco; depressão grave do sistema nervoso central; coma; doença pulmonar obstrutiva crônica; síndrome de Sjögren, transtornos convulsivos; diagnóstico prévio de câncer de mama ou tumor dependente de prolactina; bexiga neurogênica; hipertrofia de próstata; gravidez e amamentação; doença de Parkinson.	Pode associar-se a depressão grave do sistema nervoso central; estados comatosos; doença cardiovascular grave; angina <i>pectoris</i> ; glaucoma de ângulo fechado; doença de Parkinson; úlcera péptica; retenção urinária; síndrome de Reye; síndrome neuroléptica maligna; doença cardiovascular ou cerebrovascular que predisponha a hipotensão ortostática; diagnóstico prévio de câncer de mama ou tumor dependente de prolactina; insuficiência hepática; história de convulsão ou epilepsia; história de tumor cerebral; hiperprolactinemia, antecedentes de discrasias sanguíneas.

Possíveis efeitos adversos da risperidona, da ziprasidona e da quetiapina

Risperidona	Ziprasidona	Quetiapina
Pode relacionar-se a síndrome neuroléptica maligna; discinesia tardia; prolongamento do intervalo QT ao eletrocardiograma; doença cardiovascular ou cerebrovascular que predisponha à hipotensão ortostática; hipotermia ou hipertermia; diagnóstico prévio de câncer de mama ou tumor dependente de prolactina; insuficiência renal; insuficiência hepática; doença de Parkinson; história de convulsão ou epilepsia; história de tumor cerebral; gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação; idade inferior a 18 anos; hiperprolactinemia.	Pode relacionar-se a história de cardiopatia, especialmente arritmias; hipertensão arterial sistêmica aumentando o efeito de anti-hipertensivos; doença de Parkinson (apesar de apresentar baixa incidência de efeitos extrapiramidais, pode antagonizar os efeitos de levodopa e de agonistas dopaminérgicos); condições que indiquem a presença de <i>torsade de pointes</i> como tonturas, palpitações e síncope; história de uso de drogas de abuso e dependência química; hipotensão postural; uso concomitante de fármacos potencialmente capazes de produzir desequilíbrio hidroeletrólítico; risco de convulsões em pacientes com histórico de epilepsia, traumatismo craniano, lesões cerebrais, alcoolismo ou uso concomitante de fármacos que reduzam o limiar convulsivante. Mulheres em idade fértil devem ser esclarecidas quanto à necessidade do uso regular de métodos contraceptivos e, em caso de dúvida, sugere-se teste de gravidez antes do início do tratamento. Também não se recomenda o uso de ziprasidona durante a lactação.	Pode relacionar-se a doença de Alzheimer; pacientes portadores ou com história de câncer de mama; doenças cardiovasculares; doenças cerebrovasculares; condições que predisponham à hipotensão (desidratação e hipovolemia); insuficiência hepática ou renal; hipotireoidismo; história de convulsões; catarata; doença de Parkinson com falência autonômica periférica; obesidade, cintura com mais de 94 cm, HAS, dislipidemia, DM ou resistência insulínica (síndrome metabólica) que exigem consentimento, por escrito, do médico assistente, dando ciência da avaliação do risco-benefício no paciente. Mulheres em idade fértil devem ser esclarecidas quanto à necessidade do uso regular de métodos contraceptivos e, em caso de dúvida, sugere-se teste de gravidez antes do início do tratamento.

Possíveis efeitos adversos da olanzapina e da clozapina

Olanzapina	Clozapina
Pode associar-se a pacientes portadores ou com história de tumor cerebral, epilepsia ou condições que diminuam o limiar convulsivante; pacientes portadores ou com história de câncer de mama; glaucoma; fleo paralítico ou história de fleo paralítico; hiperplasia prostática significativa; doença cardíaca ou cerebrovascular ou condições que predisponham a hipotensão; risco de pneumonia de aspiração; risco de suicídio; história de síndrome neuroléptica maligna; gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação; idade inferior a 18 anos; obesidade, cintura com mais de 94 cm, HAS, dislipidemia, DM ou resistência insulínica (síndrome metabólica) que exigem consentimento, por escrito, do médico assistente, dando ciência da avaliação do risco-benefício no paciente.	Pode associar-se a epilepsia precedendo o diagnóstico de esquizofrenia para pacientes com convulsões ou retardo mental, devendo ser incluído, obrigatoriamente, parecer de um neurologista (parecer favorável permite a entrada ou a manutenção do paciente no Protocolo). Recomenda-se a realização de hemograma completo a intervalos semanais e a cada aumento de dose nas primeiras 18 semanas de tratamento e a intervalos mensais ao longo de todo o tempo de tratamento; citopenia caracterizada por leucopenia (leucócitos totais abaixo de 3.000/mm ³ ou neutrófilos abaixo de 1.500/mm ³) ou por plaquetopenia (contagem de plaquetas abaixo de 100.000/mm ³) para pacientes com citopenia, casos em que o medicamento deve ser suspenso e tanto a inclusão no Protocolo quanto a continuidade do tratamento deverão ser avaliadas por hematologista; risco grave de suicídio (o medicamento somente pode ser dispensado para o responsável legal, com registro claro de alerta para a dose letal (2,5 g); durante a lactação ou em situações em que a gravidez não pode ser adequadamente prevenida, o tratamento deve ser evitado, casos em que se recomendam a avaliação do risco-benefício e a suspensão da lactação se necessário.

11. QUADRO SINÓPTICO DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Inclusão	Incluem-se no protocolo os pacientes que satisfizerem os critérios abaixo:			
	Diagnóstico de esquizofrenia, conforme item 4 do PCDT; e			
	Presença de um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação. No caso de paciente cronicamente asilado, é requerida a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma continuada.			
Anexos obrigatórios	Relato médico com descrição detalhada da evolução clínica da doença, sinais e sintomas apresentados pelo paciente.			
Administração	Risperidona	Ziprazidona	Quetiapina	Olanzapina
	1-3mg 2x ao dia	Iniciar com 20mg, junto com alimentos. Dose de manutenção ideal: 40mg 2x ao dia;	Iniciar com 25mg, aumentar 25-50mg até atingir 300-600mg/dia. Exceção: atingir 750-800mg/dia.	Iniciar com 5 a 10 mg/dia. Manter em 5 ou 10 mg/dia. Exceção: 20 mg/dia.
	Dose máxima: 6mg/dia	Dose máxima: 80mg 2x ao dia.	Dose máxima: 800 mg/dia.	Dose máxima: 20 mg/dia.
Presc. máxima mensal	186 cp de 1mg ou 93 cp de 2mg	62 cp (80mg) ou 124 cp (40mg)	992 cp (25mg), 248 cp (100mg) ou 124 cp (200mg)	120 cp (5 mg), 60 cp (10 mg)
Monitoramento	Devem ser repetidas as medidas antropométricas e de pressão arterial em 3, 6 e 12 meses. Os exames laboratoriais (perfil lipídico e glicemia de jejum) devem ser refeitos em 3 e 12 meses. Após, a monitorização deve ser repetida anualmente. Em caso de alteração, uma avaliação com clínico deverá ser feita e o risco-benefício discutido em conjunto com a família e o paciente.			
	Devem ser observadas as contraindicações relativas e considerado o risco-benefício de cada um dos medicamentos.			
Exclusão	Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que apresentarem hipersensibilidade aos fármacos, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo. Serão excluídos também pacientes que apresentarem apenas diagnósticos de mania ou depressão isolados, transtorno esquizoafetivo ou de transtorno bipolar.			
Tempo de tratamento	Terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 semanas de uso de até 800mg/dia para Quetiapina , de até 160mg/dia para Ziprasidona e de até 6mg/dia para Risperidona , não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos intoleráveis.			
Autorizado a prescrever	Preferencialmente médico com RQE em psiquiatria. Na sua falta, médico com formação em saúde mental, especialmente os que trabalham em CAPS.			

12. EXIGÊNCIAS PARA O PEDIDO INICIAL E A DISPENSAÇÃO

Não há necessidade de preenchimento de formulários ou outras exigências se a farmacoterapia for com haloperidol ou com clorpromazina, que são medicamentos essenciais.

Os outros neurolépticos (os atípicos ou de segunda geração) fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e demandam o cumprimento de algumas formalidades:

Exigências formais para fazer o pedido e para renová-lo no SUS

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita de Controle Especial , com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita de Controle Especial , com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica.

Documentos do paciente exigidos para formalizar o pedido pela primeira vez

Solicitação inicial
<input type="checkbox"/> Carteira de Identidade – RG <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física – CPF <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde – CNS <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência (<i>Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência</i>) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

Exames complementares e registro de avaliação.

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
Para todos os medicamentos: <input type="checkbox"/> Roteiro de Avaliação (anexo) <input type="checkbox"/> Escala BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale (anexo) Para Clozapina (além dos citados acima): <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> ALT-TGP(Transaminases Glutâmico Pirúvica) <input type="checkbox"/> AST-TGO(Transaminases Glutâmico Oxalacética) <input type="checkbox"/> Creatinina sérica Para Ziprasidona (além dos citados acima): <input type="checkbox"/> Potássio sérico <input type="checkbox"/> Magnésio sérico	Para Clozapina : <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas.

13. ESCALAS, TERMO E FICHA A PREENCHER

O termo de esclarecimento e responsabilidade (TER) é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Na sequência pode-se ver as escalas, o modelo oficial do termo, de duas páginas, e o laudo (LME).

ESCALA DE AVALIAÇÃO

1. NOME DO PACIENTE:-----
2. DIAGNÓSTICO CID-10:
() F20.0 () F20.1 () F20.2 () F20.3 () F20.4 () F20.5 () F20.6 () F20.8
3. O paciente já recebe medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica?
() Sim () Não.
4. O paciente apresenta os seguintes sintomas abaixo:
- a) () eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento
 - b) () delírios de controle, influência ou passividade, claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante
 - c) () vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo
 - d) () delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (p. ex. ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas)
 - e) () alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por idéias superestimadas persistentes
 - f) () neologismos, intercepções ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante
 - g) () comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor
 - h) () sintomas "negativos", tais como: apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que estes sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico)
 - i) () Discinesia tardia
 - j) () Dystonia grave
 - k) () Acatisia com risco de suicídio
 - l) () Síndrome Neuroleótica maligna
 - m) () Diagnóstico de prolactinoma
 - n) () CA de mama.
5. Paciente apresenta algum do(s) critério(s) abaixo?
- () Episódio maníaco depressivo
 - () Doença cerebral orgânica, dependência ou abstinência relacionada a álcool ou drogas
 - () Hipersensibilidade à Olanzapina
 - () Impossibilidade de adesão e acompanhamento continuado.
6. O paciente já utilizou e apresentou falha terapêutica ou intolerância a antipsicóticos atípicos contemplado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica?
() Sim
() Não
- Se sim, qual(is) medicamento(s) e por quanto tempo (em meses), utilizou as respectivas doses?
- | Medicamento(s) | Periodicidade | Doses |
|-----------------|---------------|-------|
| () Risperidona | ----- | ----- |
| () Clozapina | ----- | ----- |
| () Quetiapina | ----- | ----- |
| () Ziprazidona | ----- | ----- |
| () Olanzapina | ----- | ----- |

Local, data, assinatura e carimbo do médico assistente.

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - BPRS Ancorada com sugestão de perguntas

Versão Ancorada - BPRS-A (Woerner, 1998, trad. Romano e Elkis, 1996) mais
Entrevista Clínica Estruturada

Paciente:	Número:	Data:
Entrevistador:	Fase:	
<p>Instruções: A Escala é composta de 18 itens a serem avaliados. Os itens assinalados com OBSERVAÇÃO (3, 4, 7, 13, 14, 16, 17, 18) devem ser avaliados tomando por base OBSERVAÇÕES feitas durante a entrevista. Os itens assinalados com RELATO DO PACIENTE devem ser avaliados a partir de informação RELATADA (ou seja, SUBJETIVA) referente ao período escolhido (em geral 1 semana). As perguntas-guia em negrito devem ser formuladas diretamente nos itens em que se avalia o relato do paciente.</p>		
<p>Início da entrevista:</p> <p>Comece com estas perguntas e utilize as mesmas para completar o item 18 (Orientação):</p> <p><i>Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)?</i></p>		

1	RELATO DO PACIENTE	<p>PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA: Grau de preocupação com a saúde física. Avaliar o grau no qual a saúde física é percebida como um problema pelo paciente, quer as queixas sejam baseadas na realidade ou não. Não pontuar o simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão (ou preocupação) sobre problemas físicos (reais ou imaginários).</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo com seu corpo ou cabeça?</i></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada ou frequentemente fica levemente apreensivo.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente fica muito preocupado ou moderadamente preocupado com frequência.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente fica muito preocupado.</p> <p>5 Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo.</p> <p>6 Muito grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo.</p>

2	RELATO DO PACIENTE	ANSIEDADE: Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. Pontuar somente a partir de relato verbal das experiências subjetivas do paciente. Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito a preocupação somática.
Pergunta-guia		<i>Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (Quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia a dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?)</i>
		0 Não relatado. 1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso. 2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou frequentemente se sente levemente ansioso. 3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou frequentemente se sente moderadamente ansioso. 4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito ansioso 5 Grave: Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.
3	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	RETRAIMENTO AFETIVO: Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta de contato visual (troca de olhares); o paciente não se aproxima do entrevistador; apresenta uma falta de envolvimento e compromisso com a entrevista. Diferenciar de AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados deficiências na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
		0 Não observado. 1 Muito leve: Ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador. 2 Leve: Como acima, porém mais frequente. 3 Moderado: Demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões. 4 Moderadamente grave: Olha fixamente o chão e afasta-se do entrevistador, mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista. 5 Grave: Como acima, porém mais persistente e disseminado. 6 Muito grave: Parece estar “aéreo”, “nas nuvens” ou “viajando” (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não envolvido ou não comprometido com a situação da entrevista. (Não pontuar se explicado pela desorientação.)

4	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (por exemplo, associações frouxas, incoerência, fuga de ideias, neologismos). NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (por exemplo, “meus pensamentos estão voando”, “não consigo manter o pensamento”, “meus pensamentos se misturam todos”). Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Levemente vago, todavia de significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Frequentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente faz afirmações irrelevantes, uso infrequente de neologismos ou associações moderadamente frouxas.</p> <p>4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente.</p> <p>5 Grave: Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil.</p> <p>6 Muito grave: Muito pouca informação coerente pode ser obtida.</p>
5	RELATO DO PACIENTE	SENTIMENTOS DE CULPA: Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal. Não inferir sentimentos de culpa a partir de depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.
	Pergunta-guia	<i>Nos últimos dias você tem se sentido um peso para sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente culpado.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente culpado ou frequentemente se sente levemente culpado.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito culpado ou frequentemente se sente moderadamente culpado.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito culpado.</p> <p>5 Grave: Sente-se muito culpado a maior parte do tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado.</p> <p>6 Muito grave: Apresenta sentimento de culpa angustiante e constante ou delírios de culpa disseminados.</p>
6	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	TENSÃO: Avaliar inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista. Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (por exemplo, discinesia tardia).

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Fica ocasionalmente agitado.</p> <p>2 Leve: Fica frequentemente agitado.</p> <p>3 Moderado: Agita-se constantemente ou frequentemente; torce as mãos e puxa a roupa.</p> <p>4 Moderadamente grave: Agita-se constantemente; torce as mãos e puxa a roupa.</p> <p>5 Grave: Não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar.</p> <p>6 Muito grave: Anda de maneira frenética.</p>
7	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>MANEIRISMOS E POSTURA: Comportamento motor incomum ou não natural. Pontuar apenas anormalidade de movimento. NÃO pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar frequência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.</p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa (por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábio infrequentes).</p> <p>2 Leve: Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro (por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para outro, movimentação dos dedos de maneira anormal intermitentemente).</p> <p>3 Moderado: Adota posição de ioga por um breve período, às vezes põe a língua para fora, balança o corpo.</p> <p>4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado.</p> <p>5 Grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado.</p> <p>6 Muito grave: Postura bizarra durante a maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.</p>
8	RELATO DO PACIENTE	<p>IDEIAS DE GRANDEZA: Autoestima (autoconfiança) exagerada ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimento, importância ou identidade. NÃO pontuar mera qualidade grandiosa de alegações (por exemplo, “sou o pior pecador do mundo”, “todo o país está tentando me matar”) a menos que a culpa/persecutoriedade esteja relacionada a algum atributo especial exagerado do indivíduo. O paciente deve declarar atributos exagerados; se negar talentos, poderes, etc., mesmo que afirme que outros digam que ele possui tais qualidades, este item não deve ser pontuado. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo?</i></p>

		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: É mais confiante do que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.</p> <p>2 Leve: Autoestima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.</p> <p>3 Moderado: Autoestima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de grandeza.</p> <p>4 Moderadamente grave: Um único (e claramente definido) delírio de grandeza encasulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).</p> <p>5 Grave: Um único e claro delírio / sistema delirante ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.</p> <p>6 Muito grave: Como acima, mas a quase totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente.</p>
9	RELATO DO PACIENTE	HUMOR DEPRESSIVO: Relato subjetivo de sentimento de depressão, tristeza, “estar na fossa”, etc. Pontuar apenas o grau de depressão relatada. Não pontuar inferências de depressão feitas a partir de lentificação geral e queixas somáticas. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.
	Pergunta-guia	<i>Como tem estado seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (Como esse sentimento tem afetado seu dia a dia?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente deprimido.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido</p> <p>3 ou frequentemente se sente levemente deprimido.</p> <p>Moderado: Ocasionalmente se sente muito deprimido ou</p> <p>4 frequentemente se sente moderadamente deprimido.</p> <p>5 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito</p> <p>6 deprimido.</p> <p>Grave: Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.</p> <p>Muito grave: Sente-se muito deprimido quase todo o tempo.</p>
10	RELATO DO PACIENTE	HOSTILIDADE: Animosidade, desprezo, agressividade, desdém por outras pessoas fora da situação da entrevista. Pontuar somente a partir de relato verbal de sentimentos e atos do paciente em relação aos outros. Não inferir hostilidade a partir de defesas neuróticas, ansiedade ou queixas somáticas.
	Pergunta-guia	<i>Nos últimos dias você tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas? (Conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou quebrar objetos?)</i>

		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente sente um pouco de raiva.</p> <p>2 Leve: Frequentemente sente um pouco de raiva ou ocasionalmente sente raiva moderada.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente sente muita raiva ou frequentemente sente raiva moderada.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente sente muita raiva.</p> <p>5 Grave: Expressou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.</p> <p>6 Muito grave: Expressou sua raiva em várias ocasiões.</p>
11	RELATO DO PACIENTE	<p>DESCONFIANÇA: Crença (delirante ou não) de que outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação ao paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar verbalmente desconfianças atuais, quer elas se refiram a circunstâncias presentes ou passadas. Pontuar a partir da informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (De que forma você percebe isso?) Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçado para lhe causar problemas? (Quem? Por quê? Como você sabe disso?)</i></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.</p> <p>2 Leve: Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.</p> <p>3 Moderado: Desconfiança mais frequente ou ideias de referência passageiras.</p> <p>4 Moderadamente grave: Desconfiança disseminada ou ideias de referência frequentes.</p> <p>5 Grave: Claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (por exemplo, um delírio encapsulado).</p> <p>6 Muito grave: Como acima, porém mais abrangente, frequente ou intenso.</p>
12	RELATO DO PACIENTE	<p>COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES): Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. Pontuar apenas as experiências que ocorreram na última semana. NÃO pontuar “vozes na minha cabeça” ou “visões em minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos.</p>

	Pergunta-guia	<i>Você tem tido experiências incomuns que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir? (Você estava acordado nesse momento? O que você ouvia - barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?) Você tem visto coisas que a maioria das pessoas não pode ver? (Você estava acordado nesse momento? O que você via - luzes, formas, imagens? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Apenas se suspeita de alucinação.</p> <p>2 Leve: Alucinações definidas, porém insignificantes, infrequentes ou transitórias.</p> <p>3 Moderado: Como acima, porém mais frequentes (por exemplo, frequentemente vê a cara do diabo; duas vezes travam uma longa conversa).</p> <p>4 Moderadamente grave: Alucinações são vividas quase todo o dia ou são fontes de incômodo extremo.</p> <p>5 Grave: Como acima e exercem impacto moderado no comportamento do paciente (por exemplo, dificuldades de concentração que levam a um comprometimento no trabalho).</p> <p>6 Muito grave: Como acima, com grave impacto (por exemplo, tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).</p>
13	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	RETARDAMENTO MOTOR: Redução do nível de energia evidenciada por movimentos mais lentos. Pontuar apenas a partir de comportamento observado no paciente. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente sobre seu próprio nível de energia.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.</p> <p>3 Moderado: Conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.</p> <p>4 Moderadamente grave: Conversa arrastada, movimenta-se muito lentamente.</p> <p>5 Grave: É difícil manter a conversa, quase não se movimenta.</p> <p>6 Muito grave: Conversa quase impossível, não se move durante toda a entrevista.</p>
14	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA: Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com os entrevistados. Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação de entrevista. NÃO pontuar a partir de relato de ressentimento e recusa à cooperação fora de situação de entrevista.

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Não parece motivado.</p> <p>2 Leve: Parece evasivo em certos assuntos.</p> <p>3 Moderado: Monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.</p> <p>4 Moderadamente grave: Expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.</p> <p>5 Grave: Recusa-se a responder a algumas questões.</p> <p>6 Muito grave: Recusa-se a responder à maior parte das questões.</p>
15	RELATO DO PACIENTE	<p>ALTERAÇÃO DE CONTEÚDO DO PENSAMENTO (DELÍRIOS): Gravidade de qualquer tipo de delírio. Considerar convicção e seu efeito em ações. Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mandam mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer?</i></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Suspeita-se ou há probabilidade de delírio.</p> <p>2 Leve: Às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).</p> <p>3 Moderado: Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento.</p> <p>4 Moderadamente grave: Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.</p> <p>5 Grave: Delírios têm efeito significativo (por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus).</p> <p>6 Muito grave: Delírios têm impacto marcante (por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada).</p>
16	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>AFETO EMBOTADO: Responsividade afetiva diminuída, caracterizada por <i>deficits</i> na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO no qual o foco está no comprometimento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau e consistência no comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.</p> <p>2 Leve: Expressão facial levemente diminuída ou voz levemente monótona ou gestualidade levemente limitada.</p> <p>3 Moderado: Como acima, porém de forma mais intensa, prolongada ou frequente.</p> <p>4 Moderadamente grave: Achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou três características (falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada).</p> <p>5 Grave: Profundo achatamento de afeto.</p> <p>6 Muito grave: Voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.</p>
17	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>EXCITAÇÃO: Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaníaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Às vezes irritadiço ou expansivo.</p> <p>3 Moderado: Frequentemente irritadiço ou expansivo.</p> <p>4 Moderadamente grave: Constantemente irritadiço ou expansivo, às vezes enfurecido ou eufórico.</p> <p>5 Grave: Enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista.</p> <p>6 Muito grave: Como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.</p>
18	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>DESORIENTAÇÃO: Confusão ou falta de orientação adequada em relação a pessoas, lugares e tempo. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? (Caso necessário, faça exame específico.) Reentrevista: Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?</i></p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Parece um pouco confuso.</p> <p>2 Leve: Indica 2003 quando é na verdade 2004.</p> <p>3 Moderado: Indica 1992.</p> <p>4 Moderadamente grave: Não sabe ao certo onde está.</p> <p>5 Grave: Não faz ideia de onde está.</p> <p>6 Muito grave: Não sabe quem é.</p>

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS
Folha de Respostas

Paciente	Idade	Sexo
Escores: 0 (Não relatado), 1 (Muito leve), 2 (Leve), 3 (Moderado), 4 (Moderadamente grave), 5 (Grave), 6 (Muito grave)		

Data	Escore													
1. Preocupação somática														
2. Ansiedade														
3. Retraimento afetivo														
4. Desorganização conceitual														
5. Sentimentos de culpa														
6. Tensão														
7. Maneirismos e postura														
8. Ideias de grandeza														
9. Humor depressivo														
10. Hostilidade														
11. Desconfiança														
12. Comportamento alucinatório (alucinações)														
13. Retardamento psicomotor/motor														
14. Falta de cooperação com a entrevista														
15. Alteração de conteúdo do pensamento (delírios)														
16. Afeto embotado														
17. Excitação														
18. Desorientação														
Escore Total														

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE RISPERIDONA, QUETIAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA E CLOZAPINA

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina e clozapina**, indicadas para o tratamento da **esquizofrenia**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____
_____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes benefícios:

- redução dos sintomas e da frequência das crises;
- redução das internações hospitalares

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- **clozapina**: medicamento classificado na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê é muito improvável);
- **risperidona, quetiapina, ziprasidona e olanzapina**: medicamentos classificados na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);
- **clozapina**: contraindicada nos casos de leucopenia (contagem de células brancas do sangue abaixo de 3.500 células/mm³). São necessários controles periódicos com hemograma (semanal nas primeiras 18 semanas e mensal após);
- **efeitos adversos mais comuns da risperidona**: agitação, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, tonturas, alterações na menstruação, tremores, movimentos involuntários, insônia, distúrbios urinários, agressividade, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, prisão de ventre, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náuseas, ganho de peso;
- **efeitos adversos mais comuns da quetiapina**: prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso, tontura ao levantar;
- **efeitos adversos mais comuns da ziprasidona**: sonolência, insônia, tonturas, pressão baixa, tremores, alterações cardíacas, fraqueza, dor de cabeça, prisão de ventre, boca seca, aumento da salivação, náuseas, vômitos, nervosismo, agitação;
- **efeitos adversos mais comuns da olanzapina**: dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, ansiedade, boca seca, tonturas ao levantar, taquicardia, inchaço, amnésia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, rigidez na nuca, dores no corpo;
- **efeitos adversos mais comuns da clozapina**: aumento da frequência cardíaca, palpitações, tonturas, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náuseas, vômitos, enjoo, visão turva, aumento de peso, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia);
- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Sim Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- risperidona
- quetiapina
- ziprasidona
- olanzapina
- clozapina

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável:		CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico			
Data: _____			

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Avaliação técnica do laudo pelo farmacêutico

No contexto do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica²⁹³, será feita a avaliação do LME e sua autorização ou indeferimento. A devolução caracteriza-se pela ausência de informação ou de documentos ou de exames, ou pelo preenchimento incorreto da solicitação do medicamento que impedem a plenitude da análise. Deve-se assinalar qual o motivo da devolução e o número correspondente ao medicamento devolvido. O farmacêutico avaliador deverá descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem no esclarecimento do motivo da devolução. Assinalar quando há solicitação de medicamento não padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

²⁹³ BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. **Portaria 1.554**, de 30 de julho de 2013. Brasília: Diário Oficial da União: 17 nov. 2010, 219:31.

LME

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde																													
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA																													
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)																													
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)																													
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE																													
1-Número do CNES*	2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante																												
3- Nome completo do Paciente*	5- Peso do paciente* kg																												
4- Nome da Mãe do Paciente*	6- Altura do paciente* cm																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 5%;">1</th> <th rowspan="2" style="width: 60%;">7. Medicamento(s)*</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">8. Quantidade solicitada*</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">1º mês</th> <th style="width: 15%;">2º mês</th> <th style="width: 15%;">3º mês</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		1	7. Medicamento(s)*	8. Quantidade solicitada*			1º mês	2º mês	3º mês	2					3					4					5				
1	7. Medicamento(s)*			8. Quantidade solicitada*																									
		1º mês	2º mês	3º mês																									
2																													
3																													
4																													
5																													
9- CID-10*	10- Diagnóstico																												
11- Anamnese*																													
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*																													
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> NÃO																													
13- Atestado de capacidade* A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento																													
14- Nome do médico solicitante*	17- Assinatura e carimbo do médico*																												
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*	16- Data da solicitação*																												
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____																													
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	20- Telefone(s) para contato do paciente																												
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação																													
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*																												
22- Correio eletrônico do paciente																													

FICHA FARMACOTERAPÊUTICA PARA USO INTERNO DO SUS

1 DADOS DO PACIENTE

Nome: _____
CNS: _____ RG: _____
DN: ___/___/___ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Sexo: F M
Endereço: _____
Telefones: _____

Médico assistente: _____ CRM: _____
Telefones: _____

Nome do cuidador: _____
Cartão Nacional de Saúde: _____ RG: _____

2 AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 Possui familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível?

não → excluir do protocolo

sim → Quem? _____

2.2 Qual o tipo de esquizofrenia?

- Esquizofrenia paranoide
- Esquizofrenia hebefrênica
- Esquizofrenia catatônica
- Esquizofrenia indiferenciada
- Depressão pós-esquizofrênica
- Esquizofrenia residual
- Esquizofrenia simples
- Outras esquizofrenias

2.3 Qual a idade de diagnóstico? _____

2.4 Possui outras doenças diagnosticadas?

não

sim → Quais? _____

2.5 Faz uso de outros medicamentos? não sim → Quais?

Nome comercial	Nome genérico	Dose total/dia e via	Data de início	Prescrito
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

2.6 Já apresentou reações alérgicas a medicamentos?

sim → Quais? A que medicamentos? _____

não

3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Medidas antropométricas

	Inicial	3° mês	6° mês	12° mês
Data				
Peso				
Altura				
Circunferência abdominal				
Circunferência do quadril				

Pressão arterial

	Inicial	3° mês	6° mês	12° mês
Data				
Pressão arterial				

Exames laboratoriais

	Inicial	3° mês	12° mês
Data prevista			
Data			
Colesterol total			
HDL			
LDL			
Triglicérides			
Glicemia de jejum			

Para clozapina

	Inicial	1° sem	2° sem	3° sem	4° sem	5° sem
Data prevista						
Data						
Hemoglobina						
Leucócitos						
Neutrófilos						
Linfócitos						
Plaquetas						

	6° sem	7° sem	8° sem	9° sem	10° sem	11° sem
Data prevista						
Data						
Hemoglobina						
Leucócitos						
Neutrófilos						
Linfócitos						
Plaquetas						

	12° sem	13° sem	14° sem	15° sem	16° sem	17° sem	18° sem
Data prevista							
Data							
Hemoglobina							
Leucócitos							
Neutrófilos							
Linfócitos							
Plaquetas							

Escala BPRS-A

	Inicial	3° mês	6° mês	9° mês	12° mês
Data					
Escore					

3.1 Apresentou valores alterados?

Sim: Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente para ajuste de dose e até interrupção do tratamento

Não: Dispensar

3.2 Houve redução de pelo menos 30% no escore da Escala BPRS-A?

Não: Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente para ajuste de dose e até interrupção do tratamento

Sim: Dispensar

3.3 Paciente está aderindo o tratamento pela via oral?

Não: Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente para da possibilidade de troca para decanoato de haloperidol

Sim: Dispensar .

3.4 Apresentou sintomas que indiquem eventos adversos? (preencher Tabela de Eventos adversos)

Não: Dispensar

Sim: passar para pergunta 3.5

3.5 Evento adverso necessita de avaliação do médico assistente?

Não: Dispensar

Sim: Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (para efeitos extrapiramidais recomenda-se uso de biperideno ou propranolol)

Transtornos esquizoafetivos



A Nau dos Insensatos, ilustração do livro de Sebastian Brandt, 1497.

Protocolo Clínico

Guilherme Mello Vieira
Alan Indio Serrano
Lia Quaresma Coimbra
Anna Paula G. Macarini
Noêmia Liege M. da Cunha

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Os transtornos esquizoafetivos têm protocolo aprovado pelo Ministério da Saúde, segundo a Portaria nº 1.203, de 4 de novembro de 2014²⁹⁴. O protocolo do Ministério está mais detalhado do que este, que é sumarizado e é coerente com aquele. O presente protocolo não apresenta as referências bibliográficas, pois elas estão indicadas no procolo nacional, cuja consulta é recomendada para quem tenha necessidade de maiores detalhamentos²⁹⁵.

O diagnóstico de transtorno esquizoafetivo é difícil e complicado, pois, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), requer a presença de sintomas de psicose que preencham os critérios de sintomas para esquizofrenia e, adicionalmente, sintomas de humor (mania, depressão ou misto) com gravidade e tempo suficientes para o diagnóstico de transtorno de humor, ambos evoluindo de forma episódica.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F25.0 Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco

²⁹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Transtorno Esquizoafetivo**: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/15/Transtorno-Esquizoafetivo.pdf>>.

²⁹⁵ Participaram da confecção do protocolo adotado pelo Ministério da Saúde:

Consultores: Rafael Henrique Candiago, Paulo Silva Belmonte Abreu, Bárbara Corrêa Krug, Candice Beatriz Treter Gonçalves, Karine Medeiros Amaral, Luciana Costa Xavier, Ricardo de March Ronsoni e Roberto Eduardo Schneiders. Editores: Paulo Dornelles Picon, Maria Inez Pordeus Gadelha e Rodrigo Fernandes Alexandre.

F25.1 Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo

F25.2 Transtorno esquizoafetivo do tipo misto

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios devem ser os da CID-10.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste protocolo os pacientes que preencherem os critérios para o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo. Além disso, os pacientes deverão contar com um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo que apresentarem hipersensibilidade aos fármacos, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo.

6. CASOS ESPECIAIS

Pacientes com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo com risco de suicídio no momento e aqueles que desenvolverem discinesia tardia com repercussão significativa deverão ser tratados com clozapina, por especialista em psiquiatria.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU).

8. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Há consenso de que todos os fármacos possuem potência semelhante para a maioria dos pacientes, com exceção de clozapina, que é considerada superior para os raros pacientes não responsivos a outros antipsicóticos.

Os fármacos aprovados para uso no SUS, mediante avaliação de especialista em psiquiatria, são:

Risperidona: comprimidos de 1, 2 e 3 mg; quetiapina: comprimidos de 25, 100, 200 e 300 mg; ziprasidona: cápsulas de 40 e 80 mg; olanzapina: comprimidos de 5 e 10 mg; clozapina: comprimidos de 25 e 100 mg; clorpromazina: comprimidos de 25 e 100 mg; solução oral de 40 mg/ml; haloperidol: comprimido de 1 e 5 mg, solução oral de 2 mg/mL. Na impossibilidade de adequada adesão ao uso oral destes fármacos, será indicado um de depósito, o decanoato de haloperidol, em solução injetável de 50 mg/mL.

Os esquemas de administração dos neurolépticos atípicos são os seguintes:

Risperidona: Deve-se iniciar com 1 mg, 2 vezes/dia, para evitar efeito de primeira dose (bloqueio alfa-adrenérgico). A dose pode ser aumentada em 1 mg, duas vezes/dia, até que uma dose-alvo de 6 mg/dia (3 mg, duas vezes/dia) seja alcançada no terceiro dia. As doses recomendadas de manutenção são de 3-6 mg/dia (153,154). Se suspensa, a administração deve ser re-iniciada conforme a primeira dose. Em pacientes com insuficiência renal ou hepática, a dose máxima recomendada é de 3 mg/dia. A administração simultânea com alimentos não interfere na biodisponibilidade do medicamento.

Quetiapina: Deve-se iniciar com 25 mg, duas vezes/dia, por via oral. A dose pode ser aumentada em 25-50 mg/dose/dia, com o objetivo de alcançar 300-600 mg/dia (155). A dose total pode ser dividida em duas ou três vezes/dia, devendo ser alcançada entre o quarto e o sétimo dias de tratamento. O ajuste pode ser feito com incrementos (ou diminuição) de 25-50 mg, duas vezes/dia, ou num intervalo de 2 dias. A dose máxima situa-se entre 750-800 mg/dia.

Ziprasidona: Deve-se iniciar com 40 mg, 2 vezes/dia, por via oral, sendo administrados com os alimentos. Aumentos de dose deverão ocorrer em intervalos superiores a dois dias até a dose máxima de 160 mg/dia (80 mg, duas vezes/dia). A dose de manutenção ideal é de 40 mg, administrados 2 vezes/dia.

Olanzapina: Deve-se iniciar com 5 mg à noite. A dose pode ser aumentada em 5 mg após pelo menos 7 dias consecutivos até o máximo de 20 mg/dia. Não há evidências de que doses acima de 20 mg/dia em pacientes não refratários sejam mais eficazes (122). Não é necessário ajuste de dose em casos de insuficiência renal ou hepática, mas, apesar disso, os pacientes fisicamente debilitados e os emagrecidos deverão receber no máximo 5 mg/dia. Na ocorrência de efeitos adversos graves de clozapina (agranulocitose, cardiopatia e oclusão intestinal) que recomendem sua suspensão e quando não é considerada segura sua reintrodução, a olanzapina poderá ser utilizada até a dose de 30 mg/dia (156-158).

Clozapina: Deve-se iniciar com 12,5 mg, em tomada única à noite. A dose pode ser aumentada em 25 mg a cada 1-2 dias até 300-400 mg/dia, conforme resposta e tolerância. Após 30 dias sem melhora, pode-se aumentar em 50 mg a cada 3-4 dias até 800 mg/dia, sendo que doses acima de 400 mg poderão ser fracionadas em 2-3 administrações, para aumentar a tolerabilidade do paciente.

Clorpromazina: Deve-se iniciar com doses pequenas, entre 50-100 mg, duas a três vezes/dia, para atenuar possíveis efeitos adversos, embora, por sua característica de meia-vida de 24 horas, possa ser administrada em tomada de uma vez/dia. Doses médias diárias variam entre 400-800 mg, sendo 1 g a dose máxima recomendada. Doses abaixo de 150 mg estão relacionadas com maior chance de recidiva de sintomas (159). Após 2-5 dias, já é alcançado equilíbrio de concentração no sangue, sendo que diferentes substâncias, como café, cigarro e antiácidos, diminuem sua absorção. No caso de insucesso nos esforços de reduzir e suspender essas substâncias, pode ser considerada a administração de doses maiores, respeitando a dose máxima recomendada. Haloperidol: Deve-se iniciar com doses fracionadas duas a três vezes/dia, embora tenha meia-vida de 24 horas, para minimizar efeitos adversos, até a dose máxima de 15 mg/dia em situações agudas e de 10 mg/dia para manutenção. Doses superiores parecem não ter benefício e aumentam a incidência de efeitos adversos.

Decanoato de haloperidol: Deve-se indicar uma dose entre 150-200 mg/mês para a maioria dos casos, aplicada a cada 4 semanas, e em casos específicos até duas vezes/mês. A meia-vida é de cerca de 3 semanas, levando entre 3-6 meses para a estabilização da concentração plasmática. Por tal motivo, pode-se iniciar com doses superiores (até 400 mg/mês) e com maior frequência (até semanalmente) nos primeiros meses, ou iniciar com doses usuais e suplementar com haloperidol oral até a dose máxima de 15 mg/dia, conforme a tolerância, principalmente no primeiro mês.

Para todos os fármacos indicados neste Protocolo, após alcance da melhora clínica, deverá ser instituída uma redução cuidadosa da dose na fase de manutenção com acompanhamentos clínico e psiquiátrico, e avaliações objetivas com medidas trimestrais de sintomas e comportamentos (escala BPRS-A).

Para o tratamento dos efeitos extrapiramidais, o biperideno poderá ser utilizado na dose de 1-16 mg. A dose pode ser dividida em 1 a 4 administração(ões)/dia, dependendo da intensidade dos sintomas. O propranolol também poderá ser utilizado para essa finalidade, na dose de 40-160 mg em 2 a 3 administrações/dia.

Má adesão ao tratamento: substituir o fármaco em uso por decanoato de haloperidol.

Comorbidades iniciadas após o uso do antipsicótico, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), ganho de peso significativo, diabetes mérito (DM), secreção inadequada de hormônio antidiurético com hiponatremia persistente, cardiopatia com prejuízo significativo e síndrome metabólica persistente: substituir o fármaco em uso – se olanzapina e quetiapina, considerar a substituição por ziprasidona.

Os critérios de interrupção do uso dos fármacos são os seguintes:

Risperidona: Terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após seis semanas de uso de dose máxima, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos significativos, tais como hiperprolactinemia ou sintomas extrapiramidais resistentes ao tratamento com biperideno ou propranolol, ou gravidez/lactação.

Olanzapina e quetiapina: Terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após seis semanas de uso de até 20 mg/dia de olanzapina (ou 30 mg/dia quando for utilizada devido a efeitos adversos da clozapina) ou de até 800 mg/dia de quetiapina, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos significativos, tais como ganho de peso significativo (acima de 7% do peso), desenvolvimento de obesidade (IMC acima de 30 kg/m²), cintura com mais de 94 cm, HAS, dislipidemia, DM, resistência insulínica, ou gravidez/lactação.

Ziprasidona: Terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após seis semanas de uso de até 160 mg/dia, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos significativos.

Clozapina: Em função de seu mecanismo de ação diferente (mais lento do que o dos demais antipsicóticos), terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após seis meses de uso de 300-800 mg/dia, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (escalas) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos persistentes, tais como convulsões, citopenia (leucócitos totais abaixo de 3.000/mm³, neutropenia (abaixo de 1.500/mm³) ou plaquetopenia (abaixo de 100.000/mm³) ou conforme avaliação médica especializada. O paciente que, por qualquer das razões acima, tiver de interromper o uso de clozapina, poderá iniciar tratamento com qualquer outro fármaco ainda não utilizado. Em caso de efeitos adversos extrapiramidais, recomenda-se a troca por quetiapina, ziprasidona, olanzapina ou risperidona, preferencialmente.

Haloperidol e clorpromazina: Terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após seis semanas de uso de 300-1.000 mg/dia de clorpromazina ou 5-15 mg de haloperidol, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações ou apresentar distonia significativa, extrapiramidalismo ou efeitos adversos graves.

9 MONITORIZAÇÃO

Antes do início do tratamento com qualquer um dos fármacos, é obrigatória a avaliação dos seguintes aspectos: idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), 3 medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes e dosagens de colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum. Deve-se registrar também a história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia/ discinesia, tentativa ou risco de suicídio, obesidade, HAS sistêmica, DM e outras comorbidades clínicas, podendo, em tais casos, se indicado, ser iniciado tratamento específico com monitoramento. Para monitorização dos efeitos adversos dos antipsicóticos, devem ser repetidas as medidas antropométricas e de pressão arterial e pulso em 3, 6 e 12 meses.

Os exames laboratoriais (perfil lipídico e glicemia de jejum) devem ser refeitos em 3 e 12 meses. Após o seguimento de 12 meses, a monitorização deve ser repetida anualmente (142,160,163,164). Em caso de alteração significativa, deverá ser feita uma avaliação pelo clínico com discussão de risco-benefício em conjunto com a família e o paciente. A dosagem do nível sérico de prolactina deverá ser solicitada sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais, como diminuição da libido, alterações menstruais, impotência, ginecomastia e galactorreia.

Para cada um dos fármacos, devem ser observadas as contraindicações relativas e considerado o risco-benefício de seu uso:

Risperidona: Seu uso pode estar relacionado a síndrome neuroléptica maligna, discinesia tardia, prolongamento do intervalo QT ao eletrocardiograma, doenças cardiovascular ou cerebrovascular, hipotensão ortostática, hipotermia ou hipertermia, reativação de câncer de mama ou outro tumor dependente de prolactina e insuficiência hepática ou renal. Esse fármaco pode relacionar-se com o agravamento da doença de Parkinson, epilepsia e tumor cerebral. Deve-se considerar a suspensão de seu uso no caso de gravidez ou situação potencial de gravidez, lactação em pacientes com até 18 anos e em caso de hiperprolactinemia.

Quetiapina: Seu uso pode estar relacionado a doença de Alzheimer, ou com história de câncer de mama ou seu histórico, doenças cardiovascular ou cerebrovascular, condições que predisponham à hipotensão (desidratação e hipovolemia), insuficiência hepática ou renal, hipotireoidismo, história de convulsões, catarata, doença de Parkinson com falência autonômica periférica, obesidade, cintura com mais de 94 cm, HAS, dislipidemia, DM ou resistência insulínica (síndrome metabólica). Se indicado, deve-se exigir o consentimento, por escrito, do médico assistente, dando ciência da avaliação do risco-benefício no paciente. Mulheres em idade fértil devem ser esclarecidas quanto à necessidade do uso regular de métodos contraceptivos e, em caso de dúvida, sugere-se teste de gravidez antes do início do tratamento.

Ziprasidona: Seu uso deve ser realizado com cuidado em pacientes com história de cardiopatia, especialmente arritmias, HAS, doença de Parkinson (apesar de apresentar baixa incidência de efeitos extrapiramidais, esse fármaco pode antagonizar os efeitos de levodopa e de agonistas dopaminérgicos), com condições que indiquem a presença de alterações cardíacas de torsade de pointes, como tonturas, palpitações e síncope. Deve-se também atentar para pacientes com história de uso de drogas de abuso e dependência química, com hipotensão postural, para os que fazem uso concomitante de fármacos de alto potencial de indução de desequilíbrio hidroeletrólítico, para os com história de epilepsia, de traumatismo craniano, de lesões cerebrais, de alcoolismo ou em uso concomitante de fármacos que reduzam o limiar convulsivante. Mulheres em idade fértil devem ser esclarecidas quanto à necessidade do uso regular de métodos contraceptivos e, em caso de dúvida, sugere-se teste de gravidez antes do início do tratamento. Também não se recomenda o uso de ziprasidona durante a lactação. Olanzapina: Seu uso deve ser realizado com cuidado

especial em pacientes com tumor ou história de tumor cerebral ou de mama, epilepsia ou condições que baixem o limiar convulsivante; em pacientes com glaucoma, íleo paralítico ou história de íleo paralítico, hiperplasia prostática significativa, doença cardíaca ou cerebrovascular ou condições que predisõem à hipotensão, em pessoas em risco de pneumonia de aspiração, risco de suicídio; em pacientes com história de síndrome neuroléptica maligna, gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação, com até 18 anos, obesidade, cintura com mais de 94 cm, HAS, dislipidemia, DM ou resistência insulínica (síndrome metabólica). Se indicado, deve-se exigir consentimento prévio, por escrito, do médico assistente, dando ciência da avaliação do risco-benefício no paciente.

Clozapina: Deve-se monitorizar a possibilidade de epilepsia em pacientes com histórico de convulsões ou retardo mental, devendo, nesses casos, ser incluído, obrigatoriamente, parecer de um neurologista (o parecer favorável permite a entrada ou a manutenção do paciente no Protocolo). Recomenda-se a realização de hemograma completo a intervalos semanais e a cada aumento de dose nas primeiras dezoito semanas de tratamento e, após, a intervalos mensais ao longo de todo o tempo de tratamento. Na ocorrência de citopenia por leucopenia (leucócitos totais abaixo de 3.000/mm³ ou neutrófilos abaixo de 1.500/mm³) ou por plaquetopenia (plaquetas abaixo de 100.000 /mm³) em pacientes com citopenia, o fármaco deverá ser suspenso, e a retomada deverá ser previamente avaliada por hematologista. Em caso de risco grave de suicídio, o fármaco somente poderá ser dispensado para o responsável legal, com registro claro de alerta para a dose letal (2,5 g). Em caso de lactação ou em situações em que a gravidez não possa ser adequadamente prevenida, o tratamento deve ser evitado, sendo recomendadas a avaliação do risco-benefício e a suspensão da lactação, se necessário.

Haloperidol: Seu uso pode provocar alergia, depressão grave do SNC, coma, doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome de Sjögren e convulsões. Pacientes com diagnóstico prévio de câncer de mama ou tumor dependente de prolactina, bexiga neurogênica, hipertrofia de próstata, gravidez, amamentação e doença de Parkinson, devem ser monitorizados.

Clorpromazina: Seu uso pode estar associado a depressão grave do sistema nervoso central (SNC), estados comatosos, doença cardiovascular grave, angina de peito, glaucoma de ângulo fechado, doença de Parkinson, úlcera péptica, retenção urinária, síndrome de Rey e síndrome neuroléptica maligna. Deve-se tomar cuidado especial em pacientes com doença cardiovascular ou cerebrovascular que predisponha a hipotensão ortostática, com diagnóstico prévio de câncer de mama ou tumor dependente de prolactina, com insuficiência hepática, com história de convulsão ou epilepsia, história de tumor cerebral, hiperprolactinemia e com antecedentes de discrasias sanguíneas.

10 EXIGÊNCIAS PARA O PEDIDO INICIAL E A DISPENSAÇÃO DOS FÁRMACOS

Não há necessidade de preenchimento de formulários ou outras exigências se a farmacoterapia for com haloperidol ou com clorpromazina, que são medicamentos essenciais.

Os outros neurolépticos (os atípicos ou de segunda geração) fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e demandam o cumprimento de algumas formalidades:

As exigências formais para fazer o pedido e para renová-lo no SUS são mostradas nos quadros seguintes:

Documentos médicos para solicitação de psicofármacos

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita de Controle Especial , com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico , <i>descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico</i> ; <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade .	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita de Controle Especial , com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico , <i>descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica</i> .

Documentos do paciente exigidos para formalizar o pedido pela primeira vez

Solicitação inicial
<input type="checkbox"/> Carteira de Identidade – RG <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física – CPF <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde – CNS <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência (<i>Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência</i>) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, <i>caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos</i>

Exames complementares e registro de avaliação.

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
Para todos os medicamentos: <input type="checkbox"/> Roteiro de Avaliação (anexo) <input type="checkbox"/> Escala BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale (anexo) Para Clozapina (além dos citados acima): <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> ALT-TGP(Transaminases Glutâmico Pirúvica) <input type="checkbox"/> AST-TGO(Transaminases Glutâmico Oxalacética) <input type="checkbox"/> Creatinina sérica Para Ziprasidona (além dos citados acima): <input type="checkbox"/> Potássio sérico <input type="checkbox"/> Magnésio sérico	Para Clozapina : <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas.

11. ESCALAS, TERMO E FICHA A PREENCHER

O termo de esclarecimento e responsabilidade (TER) é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Na sequência pode-se ver a ficha farmacoterapêutica (para uso interno do SUS), o guia de orientação ao paciente, as escalas, o modelo oficial do termo e o laudo (LME).

FICHA FARMACOTERAPÊUTICA
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

1 DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

CNS: _____ RG: _____

DN: ___/___/___ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Sexo: F M

Endereço: _____

Telefones: _____

Médico assistente: _____ CRM: _____

Telefones: _____

Nome do cuidador: _____

Cartão Nacional de Saúde: _____ RG: _____

2 AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 Qual o tipo de transtorno esquizoafetivo?

- transtorno esquizoafetivo tipo maníaco
 transtorno esquizoafetivo tipo depressivo
 transtorno esquizoafetivo tipo misto

2.2 Qual a idade de diagnóstico? _____

2.3 Possui outras doenças diagnosticadas?

- não
 sim → Quais? _____

2.4 Faz uso de outros medicamentos?

- não
 sim → Preencher Tabela de Uso de Medicamentos – Anexo I

2.5 Já apresentou reações alérgicas a medicamentos?

- não
 sim → Quais? A que medicamentos? _____

3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Medidas antropométricas

	Inicial	3° mês	6° mês	12° mês
Data				
Peso				
Altura				
Circunferência abdominal				
Circunferência do quadril				

Pressão arterial

	Inicial			3° mês	6° mês	12° mês
Data						
Pressão arterial						

Exames laboratoriais

	Inicial			3° mês	12° mês
Data prevista					
Data					
Colesterol total					
HDL					
LDL					
Triglicerídeos					
Glicemia de jejum					

PARA CLOZAPINA

	Inicial	1° sem	2° sem	3° sem	4° sem	5° sem	6° sem	7° sem	8° sem	9° sem
Data prevista										
Data										
Hemoglobina										
Leucócitos										
Neutrófilos										
Linfócitos										
Plaquetas										

	10° sem	11° sem	12° sem	13° sem	14° sem	15° sem	16° sem	17° sem	18° sem
Data prevista									
Data									
Hemoglobina									
Leucócitos									
Neutrófilos									
Linfócitos									
Plaquetas									

ESCALA BPRS-A

	Inicial	3° mês	6° mês	9° mês	12° mês
Data					
Escore					

3.1 Apresentou valores alterados?

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente para ajuste de dose e até interrupção do tratamento. (utilizar Carta-Modelo – Anexo III)

não → Dispensar

3.2 Houve redução de pelo menos 30% no escore da Escala BPRS-A?

sim → Dispensar

não → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente para ajuste de dose e até interrupção do tratamento. (utilizar Carta-Modelo – Anexo III)

3.3 Paciente está aderindo o tratamento pela via oral?

sim → Dispensar

não → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente para da possibilidade de troca para decanoato de haloperidol. (utilizar Carta-Modelo – Anexo III)

3.4 Apresentou sintomas que indiquem eventos adversos?

não → Dispensar

sim → Preencher Tabela de Eventos Adversos – Anexo II. Passar para a pergunta 3.4.1

3.4.1 Evento adverso necessita de avaliação do médico assistente?

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (utilizar Carta-Modelo – Anexo III)

3.5 Desde a última dispensação houve alteração no uso de medicamento (novos, suspensões, trocas de medicamentos/posologia)?

não

sim → Preencher Tabela de Uso de Medicamentos – Anexo I

Obs.: ao final da entrevista farmacoterapêutica preencher Ficha de Registro de Evolução Farmacêutica – Anexo IV. Ao final da dispensação preencher Tabela de Registro da Dispensação – Anexo V

GUIA DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

CLORPROMAZINA CLOZAPINA DECANOATO DE HALOPERIDOL HALOPERIDOL
 OLANZAPINA QUETIAPINA RISPERIDONA ZIPRASIDONA

ESTE É UM GUIA QUE CONTÉM ORIENTAÇÕES SOBRE SUA DOENÇA E O MEDICAMENTO QUE VOCÊ ESTÁ RECEBENDO GRATUITAMENTE PELO SUS.

SEGUINDO AS ORIENTAÇÕES, VOCÊ TERÁ MAIS CHANCE DE SE BENEFICIAR COM O TRATAMENTO.

1 DOENÇA

- É uma doença de difícil diagnóstico por apresentar características de esquizofrenia e do transtorno afetivo bipolar. Seus sintomas incluem episódios de psicose, depressão e mania, que são flutuantes e podem variar de pessoa para pessoa.
- Não existe uma causa única, podendo ter várias causas como quadro psicológico, o ambiente, histórico familiar da doença, entre outros.

2 MEDICAMENTO

- Estes medicamentos melhoram os sintomas, deixando a pessoa mais “estabilizada” para manter sua vida diária.

3 GUARDA DO MEDICAMENTO

- Conserve os medicamentos na embalagem original, bem fechados.
- Mantenha os medicamentos fora do alcance das crianças.
- Guarde o medicamento protegido do calor, ou seja, evite lugares onde exista variação de temperatura (cozinha e banheiro).

4 ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Tome os comprimidos ou cápsulas sem mastigar ou abrir com ajuda de um líquido.
- Tome exatamente a dose que o médico indicou, estabelecendo um mesmo horário todos os dias.
- **Risperidona, haloperidol, clorpromazina, clozapina, quetiapina, olanzapina:** tome o comprimido antes, durante ou após as refeições.
- **Ziprasidona:** tome a cápsula junto às refeições.
- Soluções orais de clorpromazina e haloperidol: utilizar o número de gotas indicadas pelo médico, misturando com água e cuidando para não gotejar a mais ou a menos.
- Em caso de esquecimento de uma dose tome assim que lembrar. Se faltar pouco tempo para a próxima tomada, aguarde e tome somente a quantidade do próximo horário. Não tome a dose dobrada para compensar a que foi esquecida.
- **Decanoato de haloperidol:** deve ser aplicado por via intramuscular (normalmente nas nádegas, a cada 4 semanas) por um profissional de saúde devidamente capacitado.

5 REAÇÕES DESAGRADÁVEIS

- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, tais como sonolência, sedação, tonturas, dor de cabeça, cansaço, visão turva, ganho de peso, tremores, entre outras.
- Se houver algum destes ou outros sinais/sintomas, comunique-se com seu médico ou farmacêutico.
- Maiores informações sobre reações adversas constam no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, documento assinado por você ou pelo responsável legal e pelo médico.

6 USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

- Não faça uso de outros medicamentos sem o conhecimento do médico ou orientação de um profissional de saúde.

7 REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE LABORATÓRIO

- A realização dos exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

8 OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Estes medicamentos devem ser utilizados sob supervisão de um familiar ou responsável legal interessado, participativo e disponível.
- Evite dirigir ou operar máquinas, pelo menos no início do tratamento, até que a resposta do organismo ao medicamento seja conhecida.
- Quando estiver sentado ou deitado, procure não levantar rapidamente para evitar tonturas.
- Evite o uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento.
- Em caso de gravidez, comunique ao médico imediatamente.
- **Risperidona:** se ficar muito tempo exposto ao sol e não estiver usando roupas que protegem o corpo, use protetor solar, pois a pele pode ficar mais sensível.
- **Quetiapina:** se ficar muito tempo exposto ao sol, tome bastante líquido para evitar desidratação ou conforme orientação médica.
- **Olanzapina:** durante o tratamento tome bastante água, no mínimo 2 litros por dia, ou conforme orientação médica.
- **Decanoato de haloperidol:** É necessário algum tempo (3 a 9 dias) após a primeira injeção para você sentir os efeitos completos do medicamento.

9 RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

- Converse com o farmacêutico do SUS para saber quais os documentos e exames são necessários para continuar recebendo os medicamentos.

10 EM CASO DE DÚVIDA

- Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com seu médico ou farmacêutico do SUS.

11 OUTRAS INFORMAÇÕES

SE, POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,
DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS

ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA - BPRS ANCORADA COM SUGESTÃO DE PERGUNTAS
VERSÃO ANCORADA - BPRS-A (WOERNER, 1998, TRAD. ROMANO E ELKIS, 1996) MAIS

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA

Paciente:	Número:	Data:
Entrevistador:	Fase:	
<p>Instruções: A Escala é composta de 18 itens a serem avaliados. Os itens assinalados com OBSERVAÇÃO (3, 4, 7, 13, 14, 16, 17, 18) devem ser avaliados tomando por base OBSERVAÇÕES feitas durante a entrevista. Os itens assinalados com RELATO DO PACIENTE devem ser avaliados a partir de informação RELATADA (ou seja, SUBJETIVA) referente ao período escolhido (em geral 1 semana). As perguntas-guia em negrito devem ser formuladas diretamente nos itens em que se avalia o relato do paciente.</p> <p>Início da entrevista: Comece com estas perguntas e utilize as mesmas para completar o item 18 (Orientação): Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)?</p>		

1	RELATO DO PACIENTE	<p>PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA: Grau de preocupação com a saúde física. Avaliar o grau no qual a saúde física é percebida como um problema pelo paciente, quer as queixas sejam baseadas na realidade ou não. Não pontuar o simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão (ou preocupação) sobre problemas físicos (reais ou imaginários).</p>
	Pergunta-guia	<p>Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo com seu corpo ou cabeça?</p>
		<p>0 Não relatado. 1 Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas. 2 Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada ou frequentemente fica levemente apreensivo. 3 Moderado: Ocasionalmente fica muito preocupado ou moderadamente preocupado com frequência 4 Moderadamente grave: Frequentemente fica muito preocupado. 5 Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo. 6 Muito grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo.</p>

2	RELATO DO PACIENTE	ANSIEDADE: Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. Pontuar somente a partir de relato verbal das experiências subjetivas do paciente. Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito a preocupação somática.
Pergunta-guia		<i>Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (Quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia a dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou frequentemente se sente levemente ansioso.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou frequentemente se sente moderadamente ansioso.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito ansioso</p> <p>5 Grave: Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.</p>
3	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	RETRAIMENTO AFETIVO: Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta de contato visual (troca de olhares); o paciente não se aproxima do entrevistador; apresenta uma falta de envolvimento e compromisso com a entrevista. Diferenciar de AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados deficiências na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador.</p> <p>2 Leve: Como acima, porém mais frequente.</p> <p>3 Moderado: Demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões.</p> <p>4 Moderadamente grave: Olha fixamente o chão e afasta-se do entrevistador, mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista.</p> <p>5 Grave: Como acima, porém mais persistente e disseminado.</p> <p>6 Muito grave: Parece estar “aéreo”, “nas nuvens” ou “viajando” (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não envolvido ou não comprometido com a situação da entrevista. (Não pontuar se explicado pela desorientação.)</p>

4	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (por exemplo, associações frouxas, incoerência, fuga de ideias, neologismos). NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (por exemplo, “meus pensamentos estão voando”, “não consigo manter o pensamento”, “meus pensamentos se misturam todos”). Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Levemente vago, todavia de significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Frequentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente faz afirmações irrelevantes, uso infrequente de neologismos ou associações moderadamente frouxas.</p> <p>4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente.</p> <p>5 Grave: Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil.</p> <p>6 Muito grave: Muito pouca informação coerente pode ser obtida.</p>
5	RELATO DO PACIENTE	SENTIMENTOS DE CULPA: Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal. Não inferir sentimentos de culpa a partir de depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.
	Pergunta-guia	<i>Nos últimos dias você tem se sentido um peso para sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente culpado.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente culpado ou frequentemente se sente levemente culpado.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito culpado ou frequentemente se sente moderadamente culpado.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito culpado.</p> <p>5 Grave: Sente-se muito culpado a maior parte do tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado.</p> <p>6 Muito grave: Apresenta sentimento de culpa angustiante e constante ou delírios de culpa disseminados.</p>
6	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	TENSÃO: Avaliar inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista. Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (por exemplo, discinesia tardia).

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Fica ocasionalmente agitado.</p> <p>2 Leve: Fica frequentemente agitado.</p> <p>3 Moderado: Agita-se constantemente ou frequentemente; torce as mãos e puxa a roupa.</p> <p>4 Moderadamente grave: Agita-se constantemente; torce as mãos e puxa a roupa.</p> <p>5 Grave: Não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar.</p> <p>6 Muito grave: Anda de maneira frenética.</p>
7	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>MANEIRISMOS E POSTURA: Comportamento motor incomum ou não natural. Pontuar apenas anormalidade de movimento. NÃO pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar frequência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.</p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa (por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábio infrequentes).</p> <p>2 Leve: Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro (por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para outro, movimenta os dedos de maneira anormal intermitentemente).</p> <p>3 Moderado: Adota posição de ioga por um breve período, às vezes põe a língua para fora, balança o corpo.</p> <p>4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado.</p> <p>5 Grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado.</p> <p>6 Muito grave: Postura bizarra durante a maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.</p>
8	RELATO DO PACIENTE	<p>IDEIAS DE GRANDEZA: Autoestima (autoconfiança) exagerada ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimento, importância ou identidade. NÃO pontuar mera qualidade grandiosa de alegações (por exemplo, “sou o pior pecador do mundo”, “todo o país está tentando me matar”) a menos que a culpa/persecutoriedade esteja relacionada a algum atributo especial exagerado do indivíduo. O paciente deve declarar atributos exagerados; se negar talentos, poderes, etc., mesmo que afirme que outros digam que ele possui tais qualidades, este item não deve ser pontuado. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo?</i></p>

		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: É mais confiante do que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.</p> <p>2 Leve: Autoestima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.</p> <p>3 Moderado: Autoestima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de grandeza.</p> <p>4 Moderadamente grave: Um único (e claramente definido) delírio de grandeza encasulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).</p> <p>5 Grave: Um único e claro delírio / sistema delirante ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.</p> <p>6 Muito grave: Como acima, mas a quase totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente.</p>
9	RELATO DO PACIENTE	<p>HUMOR DEPRESSIVO: Relato subjetivo de sentimento de depressão, tristeza, “estar na fossa”, etc. Pontuar apenas o grau de depressão relatada. Não pontuar inferências de depressão feitas a partir de lentificação geral e queixas somáticas. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Como tem estado seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (Como esse sentimento tem afetado seu dia a dia?)</i></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente deprimido.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido ou frequentemente se sente levemente deprimido.</p> <p>Moderado: Ocasionalmente se sente muito deprimido ou frequentemente se sente moderadamente deprimido.</p> <p>5 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito deprimido.</p> <p>6 Grave: Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.</p> <p>Muito grave: Sente-se muito deprimido quase todo o tempo.</p>
10	RELATO DO PACIENTE	<p>HOSTILIDADE: Animosidade, desprezo, agressividade, desdém por outras pessoas fora da situação da entrevista. Pontuar somente a partir de relato verbal de sentimentos e atos do paciente em relação aos outros. Não inferir hostilidade a partir de defesas neuróticas, ansiedade ou queixas somáticas.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Nos últimos dias você tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas? (Conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou quebrar objetos?)</i></p>

		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente sente um pouco de raiva.</p> <p>2 Leve: Frequentemente sente um pouco de raiva ou ocasionalmente sente raiva moderada.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente sente muita raiva ou frequentemente sente raiva moderada.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente sente muita raiva.</p> <p>5 Grave: Expressou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.</p> <p>6 Muito grave: Expressou sua raiva em várias ocasiões.</p>
11	RELATO DO PACIENTE	<p>DESCONFIANÇA: Crença (delirante ou não) de que outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação ao paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar verbalmente desconfianças atuais, quer elas se refiram a circunstâncias presentes ou passadas. Pontuar a partir da informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (De que forma você percebe isso?) Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçado para lhe causar problemas? (Quem? Por quê? Como você sabe disso?)</i></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.</p> <p>2 Leve: Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.</p> <p>3 Moderado: Desconfiança mais frequente ou ideias de referência passageiras.</p> <p>4 Moderadamente grave: Desconfiança disseminada ou ideias de referência frequentes.</p> <p>5 Grave: Claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (por exemplo, um delírio encapsulado).</p> <p>6 Muito grave: Como acima, porém mais abrangente, frequente ou intenso.</p>
12	RELATO DO PACIENTE	<p>COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES): Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. Pontuar apenas as experiências que ocorreram na última semana. NÃO pontuar “vozes na minha cabeça” ou “visões em minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos.</p>

	Pergunta-guia	<i>Você tem tido experiências incomuns que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir? (Você estava acordado nesse momento? O que você ouvia - barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?) Você tem visto coisas que a maioria das pessoas não pode ver? (Você estava acordado nesse momento? O que você via - luzes, formas, imagens? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Apenas se suspeita de alucinação.</p> <p>2 Leve: Alucinações definidas, porém insignificantes, infrequentes ou transitórias.</p> <p>3 Moderado: Como acima, porém mais frequentes (por exemplo, frequentemente vê a cara do diabo; duas vezes travam uma longa conversa).</p> <p>4 Moderadamente grave: Alucinações são vividas quase todo o dia ou são fontes de incômodo extremo.</p> <p>5 Grave: Como acima e exercem impacto moderado no comportamento do paciente (por exemplo, dificuldades de concentração que levam a um comprometimento no trabalho).</p> <p>6 Muito grave: Como acima, com grave impacto (por exemplo, tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).</p>
13	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	RETARDAMENTO MOTOR: Redução do nível de energia evidenciada por movimentos mais lentos. Pontuar apenas a partir de comportamento observado no paciente. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente sobre seu próprio nível de energia.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.</p> <p>3 Moderado: Conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.</p> <p>4 Moderadamente grave: Conversa arrastada, movimenta-se muito lentamente.</p> <p>5 Grave: É difícil manter a conversa, quase não se movimenta.</p> <p>6 Muito grave: Conversa quase impossível, não se move durante toda a entrevista.</p>
14	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA: Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com os entrevistados. Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação de entrevista. NÃO pontuar a partir de relato de ressentimento e recusa à cooperação fora de situação de entrevista.

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Não parece motivado.</p> <p>2 Leve: Parece evasivo em certos assuntos.</p> <p>3 Moderado: Monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.</p> <p>4 Moderadamente grave: Expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.</p> <p>5 Grave: Recusa-se a responder a algumas questões.</p> <p>6 Muito grave: Recusa-se a responder à maior parte das questões.</p>
15	RELATO DO PACIENTE	<p>ALTERAÇÃO DE CONTEÚDO DO PENSAMENTO (DELÍRIOS): Gravidade de qualquer tipo de delírio. Considerar convicção e seu efeito em ações. Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mandam mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer?</i></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Suspeita-se ou há probabilidade de delírio.</p> <p>2 Leve: Às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).</p> <p>3 Moderado: Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento.</p> <p>4 Moderadamente grave: Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.</p> <p>5 Grave: Delírios têm efeito significativo (por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus).</p> <p>6 Muito grave: Delírios têm impacto marcante (por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada).</p>
16	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>AFETO EMBOTADO: Responsividade afetiva diminuída, caracterizada por <i>deficits</i> na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO no qual o foco está no comprometimento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau e consistência no comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.</p> <p>2 Leve: Expressão facial levemente diminuída ou voz levemente monótona ou gestualidade levemente limitada.</p> <p>3 Moderado: Como acima, porém de forma mais intensa, prolongada ou frequente.</p> <p>4 Moderadamente grave: Achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou três características (falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada).</p> <p>5 Grave: Profundo achatamento de afeto.</p> <p>6 Muito grave: Voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.</p>
17	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>EXCITAÇÃO: Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaníaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Às vezes irritadiço ou expansivo.</p> <p>3 Moderado: Frequentemente irritadiço ou expansivo.</p> <p>4 Moderadamente grave: Constantemente irritadiço ou expansivo, às vezes enfurecido ou eufórico.</p> <p>5 Grave: Enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista.</p> <p>6 Muito grave: Como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.</p>
18	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>DESORIENTAÇÃO: Confusão ou falta de orientação adequada em relação a pessoas, lugares e tempo. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? (Caso necessário, faça exame específico.) Reentrevista: Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?</i></p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Parece um pouco confuso.</p> <p>2 Leve: Indica 2003 quando é na verdade 2004.</p> <p>3 Moderado: Indica 1992.</p> <p>4 Moderadamente grave: Não sabe ao certo onde está.</p> <p>5 Grave: Não faz ideia de onde está.</p> <p>6 Muito grave: Não sabe quem é.</p>

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS
Folha de Respostas

Paciente	Idade	Sexo
Escores: 0 (Não relatado), 1 (Muito leve), 2 (Leve), 3 (Moderado), 4 (Moderadamente grave), 5 (Grave), 6 (Muito grave)		

Data	Escore													
1. Preocupação somática														
2. Ansiedade														
3. Retraimento afetivo														
4. Desorganização conceitual														
5. Sentimentos de culpa														
6. Tensão														
7. Maneirismos e postura														
8. Ideias de grandeza														
9. Humor depressivo														
10. Hostilidade														
11. Desconfiança														
12. Comportamento alucinatório (alucinações)														
13. Retardamento psicomotor/motor														
14. Falta de cooperação com a entrevista														
15. Alteração de conteúdo do pensamento (delírios)														
16. Afeto embotado														
17. Excitação														
18. Desorientação														
Escore Total														

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE RISPERIDONA, QUETIAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA E CLOZAPINA

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina e clozapina, indicadas para o tratamento do transtorno esquizoafetivo.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____
_____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes benefícios:

- redução dos sintomas e da frequência das crises;
- redução das internações hospitalares

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- **clozapina:** medicamento classificado na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê é muito improvável);
- **risperidona, quetiapina, ziprasidona e olanzapina:** medicamentos classificados na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);
- **clozapina:** contraindicada nos casos de leucopenia (contagem de células brancas do sangue abaixo de 3.500 células/mm³). São necessários controles periódicos com hemograma (semanal nas primeiras 18 semanas e mensal após);
- **efeitos adversos mais comuns da risperidona:** agitação, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, tonturas, alterações na menstruação, tremores, movimentos involuntários, insônia, distúrbios urinários, agressividade, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, prisão de ventre, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náuseas, ganho de peso;
- **efeitos adversos mais comuns da quetiapina:** prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso, tontura ao levantar;
- **efeitos adversos mais comuns da ziprasidona:** sonolência, insônia, tonturas, pressão baixa, tremores, alterações cardíacas, fraqueza, dor de cabeça, prisão de ventre, boca seca, aumento da salivação, náuseas, vômitos, nervosismo, agitação;
- **efeitos adversos mais comuns da olanzapina:** dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, ansiedade, boca seca, tonturas ao levantar, taquicardia, inchaço, amnésia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, rigidez na nuca, dores no corpo;
- **efeitos adversos mais comuns da clozapina:** aumento da frequência cardíaca, palpitações, tonturas, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náuseas, vômitos, enjoo, visão turva, aumento de peso, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia);
- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() risperidona

() quetiapina

() ziprasidona

() olanzapina

() clozapina

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Instruções para o preenchimento do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME)

Os campos de 1 a 17 são de preenchimento exclusivo do médico solicitante.

Campo 1 - Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): preencher com o código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).*

Campo 2 - Nome do estabelecimento de saúde solicitante: preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).*

Campo 3 - Nome completo do Paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

Campo 4 - Nome da mãe do paciente: preencher com o nome completo da mãe do paciente.*

Campo 5 - Peso: preencher com o peso atual do paciente, em quilogramas.

Campo 6 - Altura: preencher com a altura atual do paciente, em centímetros.

Campo 7 - Medicamento: preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) solicitado(s), de acordo com o descrito na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.*

Campo 8 - Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento.*

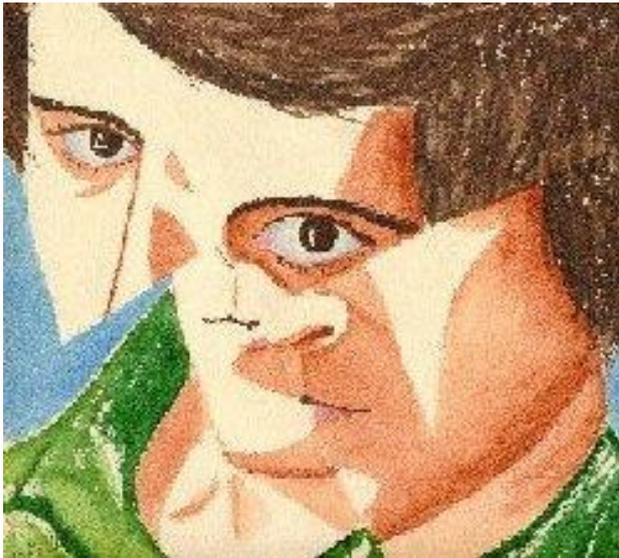
- Campo 9 - CID-10: preencher com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) que corresponde à doença/lesão/agravo que motivou a solicitação do(s) medicamento(s).*
- Campo 10 - Diagnóstico: diagnóstico da doença que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), descrito com base na denominação da CID-10.*
- Campo 11 - Anamnese: histórico do paciente que vai desde os sintomas e sinais iniciais até o momento da observação clínica.
- Campo 12 - Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?: Assinalar se o paciente realiza ou já realizou tratamento para a doença descrita no campo nove. Caso esteve ou está em tratamento, deverá relatar o(s) esquema(s) terapêutico(s) utilizado(s).*
- Campo 13 - Atestado de capacidade: a solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença daquele considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil: os menores de dezoito anos; aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos ou que não puderem exprimir sua vontade, mesmo que transitória; ébrios habituais, viciados em tóxicos, ou os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; os pródigos. De acordo com a avaliação clínica pelo médico, descrever se o paciente preenche os critérios, ou não, de incapacidade. Caso apresente, descrever o nome completo do responsável pelo paciente.*
- Campo 14 - Nome do médico solicitante: preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.*
- Campo 15 - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante: preencher com o número do CNS do médico solicitante.
- Campo 16 - Data da solicitação: preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.
- Campo 17 - Assinatura e carimbo do médico: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.
- Campo 18 - Assinalar o responsável pelo preenchimento dos campos 19, 20, 21, 22 e 23. No caso do responsável pelo preenchimento ser outra pessoa além do paciente, mãe do paciente, responsável descrito no item 13 ou o médico solicitante deverá ser informado o nome completo da pessoa sem abreviaturas e seu número de cadastro de pessoa física (CPF).
- Campo 19 - Preencher a raça/cor do paciente expressada pelo próprio usuário ou seu responsável, conforme descrição da Portaria SAS/MS nº 719 de 28 de dezembro de 2007. Caso seja assinalada a Raça/Cor Indígena, deverá ser preenchida também sua etnia, conforme a Tabela de Etnias Indígenas Brasileiras, descrita na Portaria SAS/MS nº 508 de 28 de setembro de 2010.
- Campo 20 - Telefone(s) de contato do Paciente: preencher com número(s) de telefone do paciente para possíveis contatos.
- Campo 21 - Número do documento do Paciente: assinalar com um "x" no campo correspondente ao CPF ou CNS e preencher com o número do documento assinalado.
- Campo 22 - Correio eletrônico do Paciente: preencher com o correio eletrônico do paciente para possíveis contatos.
- Campo 23 - Assinatura do responsável pelo preenchimento: assinatura da pessoa responsável pelo preenchimento campos 18, 19, 20, 21, 22 e 23.*

Avaliação técnica do laudo pelo farmacêutico

No contexto do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica²⁹⁶, será feita a avaliação do laudo (LME) e sua autorização ou indeferimento. A devolução caracteriza-se pela ausência de informação ou de documentos ou de exames, ou pelo preenchimento incorreto da solicitação do medicamento que impedem a plenitude da análise. Deve-se assinalar qual o motivo da devolução e o número correspondente ao medicamento devolvido. O farmacêutico avaliador deverá descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem no esclarecimento do motivo da devolução. Assinalar quando há solicitação de medicamento não padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde	
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)	
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)	
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE	
1- Número do CNES*	2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante
3- Nome completo do Paciente*	5- Peso do paciente* kg
4- Nome da Mãe do Paciente*	6- Altura do paciente* cm
7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada* 1º mês 2º mês 3º mês
9- CID-10*	10- Diagnóstico
11- Anamnese*	
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*	
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> NÃO	
13- Atestado de capacidade* A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento	
14- Nome do médico solicitante*	17- Assinatura e carimbo do médico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*	16- Data da solicitação*
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF: _____	
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação	20- Telefone(s) para contato do paciente
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente	

²⁹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. **Portaria 1.554**, de 30 de julho de 2013. Brasília: Diário Oficial da União: 17 nov. 2010, 219:31.



“Autorretrato” de Dmitri Smirnov, em domínio público.

Transtornos Invasivos ou Globais do Desenvolvimento (inclusive autismo)

Protocolo Clínico e de Acolhimento

Marina Menezes
Alan Indio Serrano
Plínio Augusto Freitas Silveria
Guilherme Mello Vieira
Jaqueline Reginatto
Stella Maris Brum Lopes
Jair Abdon Ferracioli

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÕES A SEREM ABORDADAS

1.1 A organização da linha de cuidado

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, em fase inicial de construção no Brasil, constituirá uma oferta importante de atenção às pessoas com transtornos globais do desenvolvimento. Os aspectos de saúde mental serão completados por ações na Rede de Atenção Psicossocial de forma comunitária e ambulatorial. Trata-se, na Saúde Pública, de uma construção que ainda está na fase mais inicial, pois tradicionalmente esta fatia da população não tinha assistência estatal em todo o Brasil. Por outro lado, o setor de educação precisará, também, se organizar para dar conta das demandas desta população.

A partir da Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012, a pessoa com transtorno do espectro do autismo (TEA) passa a ser considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais. As “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo”²⁹⁷, assim como o livreto “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas

²⁹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/MinSaude/diretrizes-de-ateno-reabilitao-da-pessoa-com-transtornos-do-espectro-do-autismo-tea>>.

Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS”²⁹⁸ são leitura fundamental para os profissionais dedicados a esta clientela, no âmbito da Saúde Pública.

O Ministério da Saúde lançou, através da Portaria 324, de 31 de março de 2016, um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo, com o qual o presente protocolo corente.

O protocolo do Estado de São Paulo, sobre o tema, contém material imprescindível para o profissional dedicado a trabalhar com o espectro autista no SUS²⁹⁹. É muito educativo, também, o livro organizado por Camargos Jr. e diversos autores³⁰⁰, publicado pelo governo federal, que introduz didaticamente os principais temas relacionados à clínica do espectro autista, assumindo a forma de livro-texto.

Outro documento brasileiro básico é a cartilha de orientação para pais, esclarecendo sobre as possibilidades de terapias adjuvantes e sobre os cuidados à saúde da pessoa com transtorno autista³⁰¹. Os serviços de saúde podem divulgar a cartilha e utilizá-la como instrumento de trabalho com as famílias.

O acolhimento, no SUS, deve ser orientado pelas Diretrizes e pelos princípios da Linha de Cuidado, acima citados.

O trabalho intersetorial, em rede, implica contatos com a escola, numa perspectiva de educação especial inclusiva. Implica contatos com o serviço social, numa perspectiva de proteção da vulnerabilidade e da deficiência.

1.2 Os transtornos globais do desenvolvimento

Os transtornos invasivos ou globais do desenvolvimento (TGD) são uma categoria ampla de condições, dividida didaticamente em dois grupos:

- (1) os transtornos do espectro do autismo (TEA), que incluem o autismo infantil de Kanner, o autismo atípico, a síndrome de Asperger e transtornos com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados;
- (2) outras síndromes, incluindo a síndrome de Rett e os outros transtornos desintegrativos da infância (incluindo as psicoses desintegrativas e simbióticas esquizofreniformes, e a síndrome de Heller).

Sobram alguns quadros residuais, ditos não especificados, que não se encaixam adequadamente em qualquer um dos dois grupos anteriores, pois eventualmente podem ser considerados, em função de alguns sintomas, como parte

²⁹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.autismo.org.br/site/images/Downloads/linha_cuid_autismo.pdf>.

²⁹⁹ SÃO PAULO. **Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/destaques/protocolo-do-estado-de-sao-paulo-de-diagnostico-tratamento-e-encaminhamento-de-pacientes-com-transtorno-do-espectro-autista-tea>>.

³⁰⁰ CAMARGOS Jr., W. et al. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3o Milênio**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/Transtornos%20Invasivos%20do%20Desenvolvimento%20-%203%C2%BA%20Mil%C3%AAnio.pdf>>.

³⁰¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Autismo: orientação para os pais**. Brasília: Ministério da Saúde / Casa do Autista, 2000. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_14.pdf>.

do espectro autista, ou não. Geralmente esta categoria – a dos não especificados – é utilizada quando o diagnóstico ainda não está completo ou não é bem definido³⁰².

O espectro autista representa transtornos do desenvolvimento, envolvendo alterações qualitativas e quantitativas da comunicação (linguagem verbal e não verbal), da interação social e do comportamento (estereotípias, padrões repetitivos e interesses restritos), que geralmente tem início antes dos 3 anos de idade. Em termos etiológicos, tais alterações estão associadas a anomalia anatômica ou fisiológica do sistema nervoso central (SNC), a problemas constitucionais inatos predeterminados biologicamente, e a fatores de risco³⁰³. A prevalência estimada, no estudo realizado em 2011, no município paulista de Atibaia foi de 1:360 (o que corresponde a 2,7 casos em cada mil habitantes). Contudo, tais dados podem ser contestados, em função da metodologia adotada no estudo³⁰⁴. Os transtornos invasivos do desenvolvimento ocorrem com maior frequência em indivíduos do sexo masculino (3 a 5 homens para 1 mulher). O aumento dos números relativos ao diagnóstico destes transtornos vem sendo alvo de constantes discussões, visto que tais dados refletem a possibilidade do real aumento dos casos ou de uma maior capacidade de identificação a partir da ampliação dos critérios diagnósticos. Não se pode considerar raros os autismos³⁰⁵.

O diagnóstico é eminentemente clínico e deve ser realizado a partir dos critérios da CID-10, através de anamnese (com os pais ou responsáveis legais e cuidadores), bem como da observação clínica dos comportamentos. A utilização de escalas de triagem traduzidas e validadas para a população brasileira pode favorecer a identificação precoce da suspeita destas condições, por profissionais da atenção básica, nas ações de assistência materno-infantil³⁰⁶.

A detecção precoce é fundamental para que as intervenções possam ser realizadas, principalmente ao considerar-se que a resposta positiva ao tratamento (em termos de linguagem, desenvolvimento cognitivo e habilidades sociais)

³⁰² MERCADANTE, M. T.; VAN DER GAAG, R. J.; SCHWARTZMAN, J. S. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. s12-s20, May 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500003&lng=en&nrm=iso>.

³⁰³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dir_tea.pdf>.

³⁰⁴ PAULA, C. S., RIBEIRO, S. H., FOMBONNE, E., MERCADANTE, M. T. Brief report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A pilot study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**. 41(12), 1738-1742, 2011. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10803-011-1200-6#page-1>>, <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10803-011-1200-6.pdf#page-1>, e <http://link.springer.com/article/10.1007/s10803-011-1200-6>.

³⁰⁵ PAULA, C. S et al. Autism in Brazil: perspectives from science and society. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 1, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000100002&lng=en&nrm=iso>.

³⁰⁶ MATSON, J. L.; RIESKE, R. D.; TURECK K. Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism: Review of available instruments. **Research in Autism Spectrum Disorders**, 5(4): 1319–1326, 2011. Disponível em: <<http://desafiandoalautismo.org/wp-content/uploads/2011/11/early-detection-and-diagnosis-of-autism-review-of-instruments.pdf>>.

é mais significativa nos casos de intervenção mais imediata³⁰⁷. Isso se dá em função da plasticidade cerebral, assim como das experiências precoces nos primeiros anos de vida do bebê, fundamentais para o funcionamento das conexões neuronais e para o desenvolvimento psicossocial. Desse modo, as intervenções precoces conferem maior eficácia e maior economia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais de saúde³⁰⁸.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F84.0 Autismo infantil

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade).

Inclui: autismo infantil, psicose infantil, síndrome de Kanner, transtorno autístico.

Exclui: psicopatia autista (F84.5)

F84.1 Autismo atípico

Transtorno global do desenvolvimento, ocorrendo após a idade de três anos ou que não responde a todos os três grupos de critérios diagnósticos do autismo infantil. Esta categoria deve ser utilizada para classificar um desenvolvimento anormal ou alterado, aparecendo após a idade de três anos, e não apresentando manifestações patológicas suficientes em um ou dois dos três domínios psicopatológicos (interações sociais recíprocas, comunicação, comportamentos limitados, estereotipados ou repetitivos) implicados no autismo infantil; existem sempre anomalias características em um ou em vários destes domínios. O autismo atípico ocorre habitualmente em crianças que apresentam um retardo mental profundo ou um transtorno específico grave do desenvolvimento de linguagem do tipo receptivo.

Inclui: psicose infantil atípica, retardo mental com características autísticas (usar código adicional (F70-F79), se necessário, para identificar o retardo mental).

F84.2 Síndrome de Rett

Transtorno neuropsiquiátrico não autístico, caracterizado por um desenvolvimento inicial aparentemente normal, seguido de perda parcial ou completa da linguagem, da marcha e do uso das mãos, com retardo do desenvolvimento craneano. Ocorre em meninas, geralmente entre 7 e 24 meses. O interesse social é conservedo pela criança, mas não há desenvolvimento, nem social nem lúdico. Aos 4 anos inicia-se uma ataxia do tronco, com apraxia e, eventualmente, movimentos atetósicos. Geralmente a inteligência fixa-se no nível do retardo grave.

F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância

Também é um transtorno não autístico, caracterizado por desenvolvimento inicial aparentemente normal, seguido de perda das habilidades, em poucos meses, com perda do interesse pelo ambiente e apresentação de condutas motoras estereotipadas e repetitivas (maneirismos). Muitas vezes identifica-se uma encefalopatia. Inclui quadros de psicose desintegrativa e simbiótica esquizofreniforme e de síndrome de Heller (demência infantil).

³⁰⁷ REICHOW, B. Overview of Meta-Analyses on Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 42(4): 512–520, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10803-011-1218-9>>.

³⁰⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dir_tea.pdf>.

F84.4. Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados

Presente em crianças com retardo mental grave (de QI abaixo de 50), com retardo geral do desenvolvimento, e perturbação da psicomotricidade, da atenção e do comportamento. Tais quadros de hiperatividade não reagem a estimulantes.

F84.5 Síndrome de Asperger

Transtorno de validade nosológica incerta, caracterizado por uma alteração qualitativa das interações sociais recíprocas, semelhante à observada no autismo, com um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Ele se diferencia do autismo essencialmente pelo fato de que não se acompanha de um retardo ou de uma deficiência de linguagem ou do desenvolvimento cognitivo. Os sujeitos que apresentam este transtorno são em geral muito desajeitados. As anomalias persistem freqüentemente na adolescência e idade adulta. O transtorno se acompanha por vezes de episódios psicóticos no início da idade adulta. Inclui: psicopatia autística, transtorno esquizoide da infância.

F84.8 Outros transtornos globais (invasivos) do desenvolvimento

F84. 9 Transtornos globais (invasivos) não especificados do desenvolvimento.

3. DIAGNÓSTICO

As diretrizes do Ministério da Saúde³⁰⁹ compõem um documento de leitura imprescindível para os profissionais que estejam se iniciando nas tarefas de atendimento de transtornos invasivos do desenvolvimento infantil.

A coleta da história clínica, a anamnese com os pais ou responsáveis legais e cuidadores, e o exame devem ser coerentes com os critérios da décima versão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde.

Também deve-se levar em conta a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)³¹⁰ que, na área clínica, auxilia o modelo de atendimento multidisciplinar. Ela foca as deficiências, incapacidades e desvantagens não apenas como consequência das condições de saúde e doença. Foca-as como fatos determinados também pelo contexto do meio ambiente físico e social, por percepções culturais e atitudes, pela disponibilidade de serviços e pela legislação³¹¹. É um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos, permitindo avaliar condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social.

O diagnóstico de transtornos do espectro do autismo é uma descrição e não uma explicação. Esta descrição é dimensional também, pois sempre

³⁰⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/MinSaude/diretrizes-de-ateno-reabilitao-da-pessoa-com-transtornos-do-espectro-do-autismo-tea>> e em: <http://www.reab.me/wp-content/uploads/2014/10/dirtrizes_autismo-2.pdf>.

³¹⁰ OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: Organização Mundial da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>.

³¹¹ FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de outubro de 2014.

se deve estabelecer o grau do problema, em um espectro que vai desde o muito discreto e leve, até condições muito intensas e graves.

Sintomas e Sinais de Alerta para o Espectro Autista
(de 2 a 15 meses)

IDADE	DESENVOLVIMENTO NORMAL	SINAIS DE ALERTA
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Criança fixa o olhar; • Reage ao som; • Bebê se aconchega no colo dos pais e troca olhares (mamadas e trocas de fralda) 	
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Emite sons; • Mostra interesse em olhar rosto de pessoas, respondendo com sorriso, vocalização ou choro; • Retribui sorriso 	
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sorri muito ao brincar com pessoas; • Localiza sons; • Acompanha objetos com olhar 	<ul style="list-style-type: none"> • Não tem sorrisos e expressões alegres
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sorri e ri enquanto olha para as pessoas; • Interage com sorrisos, feições amorosas e outras expressões; • Brinca de esconde-achou; • Duplica sílabas 	<ul style="list-style-type: none"> • Não responde às tentativas de interação feita pelos outros quando estes sorriem fazem caretas ou sons; • Não busca interação emitindo sons, caretas ou sorrisos
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos como dar tchau e bater palmas; • Responde ao chamado do nome; • Faz sons como se fosse conversa com ela mesma 	<ul style="list-style-type: none"> • Não balbucia ou se expressa como bebê; • Não responde ao seu nome quando chamado; • Não aponta para coisas no intuito de compartilhar atenção; • Não segue com olhar gesto que outros lhe fazem
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Troca com as pessoas muitos sorrisos, sons e gestos em uma sequência; • Executa gestos a pedido; • Fala uma palavra 	<ul style="list-style-type: none"> • Não fala palavras que não seja <i>mama</i>, <i>papa</i>, nome de membros da família

Fonte: São Paulo, 2013.

As alterações no desenvolvimento da criança podem ser percebidas pelos pais antes dos 24 meses. A procura por serviços especializados diminui os diagnósticos inadequados³¹². Os sintomas e sinais de risco podem ser identificados precocemente³¹³.

³¹² SILVA, M.; MULICK, J. A. Diagnosticando o Transtorno Autista: Aspectos Fundamentais e Considerações Práticas. **Psicologia Ciência e Profissão**, 29, 1, 116-131, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n1/v29n1a10.pdf>>. Acesso em 12 de outubro de 2014.

³¹³ SÃO PAULO. **Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde,

Sintomas e Sinais de Alerta para o Espectro Autista
(de 18 a 36 meses)

IDADE	DESENVOLVIMENTO NORMAL	SINAIS DE ALERTA
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Fala no mínimo 3 palavras; • Reconhece claramente pessoas e partes do corpo quando nomeados; • Faz brincadeiras simples de faz de conta 	<ul style="list-style-type: none"> • Não fala palavras (que não seja ecolalia); • Não expressa o que quer; • Utiliza-se da mão do outro para apontar o que quer
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Brinca de faz de conta; • Forma frase de duas palavras com sentido que não seja repetição; • Gosta de estar com crianças da mesma idade e tem interesse em brincar conjuntamente; • Procura por objetos familiares que estão fora do campo de visão quando perguntado 	<ul style="list-style-type: none"> • Não fala frase com duas palavras que não sejam repetição
36 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Brincadeira simbólica com interpretação de personagens; • Brinca com crianças da mesma idade expressando preferências; • Encadeia pensamento e ação nas brincadeiras (ex.: estou com sono, vou dormir); • Responde a perguntas simples como “onde”, “o que”; • Fala sobre interesses e sentimentos; • Entende tempo passado e futuro 	
Qualquer perda de linguagem, de capacidade de comunicação ou da habilidade social já adquiridas, em qualquer idade.		

Fonte: São Paulo, 2013.

Um diagnóstico definitivo de transtorno do espectro do autismo só pode ser firmado após os três anos de idade. Porém, os indícios e a identificação de tendência para os TEA aparecem cedo. Há dados importantes sobre o diagnóstico na publicação sobre a linha de cuidado em autismo, do Ministério da Saúde³¹⁴.

2013. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/destaques/protocolo-do-estado-de-sao-paulo-de-diagnostico-tratamento-e-encaminhamento-de-pacientes-com-transtorno-do-espectro-autista-tea>>. Disponível também em: <<http://www.psiquiatriainfantil.com.br/arquivos/textos/protocolo-Estado-SP-TEA.pdf>>.

³¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/autismo_cp.pdf> e em <http://www.autismo.org.br/site/images/Downloads/linha_cuid_autismo.pdf>.

Os quadros invasivos não autísticos, como a síndrome de Rett, os transtorno desintegrativos e alguns dos globais não especificados, são muito raros, mas têm bastante impacto sobre as famílias.

Demandam diagnósticos diferenciais com transtornos metabólicos (mucopolisacaroidose San Filippo) e condições neurológicas (encefalite por vírus lento, epilepsia), além dos autismos (especialmente quando se observa um desenvolvimento próximo do normal nos primeiros um ou dois anos, o que ocorre em até 30% dos casos de autismo).

Não existe tratamento médico resolutivo, por si, para os quadros invasivos não autísticos. Neles, as complicações neurológicas, especialmente a epilepsia, são comuns. A abordagem é intersetorial. Essas crianças funcionam no nível de grave a profundo retardo mental. A abordagem é multidisciplinar, implicando psicoeducação voltada aos pais e cuidadores. Na maioria das vezes, quando os pais de crianças com transtornos invasivos fora do espectro autista aderem a associações de pais de crianças com autismo eles ficam desapontados, porque o progresso visto em autistas não ocorre com sua criança³¹⁵. O amparo emocional dado pelo setor saúde, portanto, à família, pode diminuir seu sofrimento e suas dificuldades de aceitação da condição.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluem-se todos os casos que comprovadamente forem diagnosticados como transtornos do espectro autista ou como transtornos globais do desenvolvimento fora do espectro autista (Rett e desintegrativo) e que tenham possibilidade de serem tratados por especialistas no tema, através de equipes multidisciplinares, em serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial, da Rede de Atenção a Pessoas com Deficiência, ou em outros serviços do SUS. O atendimento no SUS não se confunde com ações educacionais especiais, com atividades de serviço social e de outros setores que podem ser procurados para intervenções na família e sobre condições de vida do paciente.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Situações cujo diagnóstico ficar duvidoso ou confuso (como em alguns casos de retardos mentais, de psicose infantil (esquizofrênica ou assemelhada)³¹⁶ ou de outras síndromes neurológicas por anomalias cromossômicas (como a síndrome do X frágil), algumas epilepsias infantis raras, infecções, anormalidades estruturais do sistema nervoso central, distúrbios específicos da linguagem, depressões graves (apáticas), transtornos reativos por déficit ou por má vinculação. Deve-se também ter cuidado para diferenciar quadros que momentaneamente possam mimetizar condutas autistas com quadros infantis de mutismo e de surdez.

³¹⁵ MERCADANTE, M. T; VAN DER GAAG, R. J; SCHWARTZMAN, J. S. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 28, supl. 1, p. s12-s20, May 2006 .

³¹⁶ KUPFER, M. Cristina M.. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. **Psicol. USP**, 2000, v. 11, n. 1, pp. 85-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100006&lng=en&nrm=iso>.

6. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou do transtorno em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo Gestor Municipal ou pelo Gestor Estadual poderá ou não ser consultado para a decisão final.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Centros de atenção psicossocial infanto-juvenis (CAPS i), outros centros de atenção psicossocial (CAPS) que tenham equipes preparadas para tal atendimento, Centros Especializados de Reabilitação (CER) do SUS que tenham equipes direcionadas ao acolhimento de autismo, ambulatórios financiados pelo SUS em APAES ou outras entidades sem fins lucrativos, ambulatórios universitários vinculados ao SUS voltados ao tratamento de autismo.

Como regra a porta de entrada é a rede básica de saúde – a unidade básica ou o a saúde da família – que poderá acompanhar vários aspectos da vida da pessoa com problemas do espectro autista. Independentemente da complexidade do quadro, o paciente mantém o vínculo com a unidade básica de sua área de residência, onde será acolhido e tratado para as outras demandas de saúde que porventura apareçam.

Não há indicação de tratamento hospitalar, exceto na interveniência de outra doença. Não há, para o espectro autista, uma tecnologia especial que só possa ser aplicada em nosocômios e não possa ser aplicada em nível ambulatorial ou comunitário.

Não se indica internações em hospitais para resolver casos sociais, como os de falta de habitação ou rejeição familiar. Tais casos merecem estudo de serviço social e soluções paralelas ao atendimento no SUS.

8. TRATAMENTO

8.1 Abordagens em equipe, com plano terapêutico singular

Não há uma abordagem única e insubstituível a ser privilegiada no atendimento de pessoas com transtornos globais do desenvolvimento. Os técnicos podem escolher entre várias abordagens existentes, considerando, caso a caso, sua efetividade e segurança. Em especial deve-se levar em conta a singularidade de cada caso.

Um plano terapêutico singular precisará ser construído, para cada usuário, à medida que ele vai se tornando conhecido da equipe multidisciplinar.

O plano terapêutico visa entender os modos de funcionamento do sujeito, das relações que ele estabelece e os impasses decorrentes. Parte do contexto real do o sujeito, das rotinas que estabelece, de seu cotidiano, do que elege, o que evita. Leva em conta a escuta da família e de outros atores importantes. Visa criar recursos e alternativas para que se ampliem os laços sociais, suas possibilidades de circulação, e seus modos de estar na vida; ampliar suas formas de se expressar e se comunicar, favorecendo a inserção em contextos diversos.

Todo projeto terapêutico singular para a pessoa com transtorno do espectro do autismo precisa ser construído com a família e a própria pessoa. Deve envolver uma equipe multiprofissional e estar aberto às proposições que venham a

melhorar sua qualidade de vida³¹⁷. O objetivo geral de um plano terapêutico singular é o de promover melhor qualidade de vida, autonomia, independência e inserção social, escolar e laboral à pessoa enquadrada no espectro autista. São objetivos específicos genéricos, num projeto³¹⁸:

- a) Identificar habilidades preservadas, potencialidades e preferências de cada paciente, bem como áreas comprometidas (o que, como, o quanto);
- b) Compreender o funcionamento individual de cada paciente, respeitando seus limites e suas possibilidades de desenvolvimento;
- c) Elaborar e desenvolver um programa individualizado de tratamento por meio da aprendizagem de novas habilidades, ampliando os repertórios de potencialidades e reduzindo comportamentos mal adaptativos ou disfuncionais;
- d) Desenvolver ou melhorar as habilidades de autocuidado, propiciando maior autonomia; e) Desenvolver habilidades sociais, com o objetivo de melhorar o repertório social dos pacientes para proporcionar interações sociais mais positivas. Quando necessário, desenvolver ou melhorar habilidades básicas de interações sociais, como, por exemplo, o contato visual, responder a um cumprimento por gestos;
- f) Melhorar a qualidade do padrão de comunicação, seja verbal ou não verbal. Alguns recursos adicionais podem ser utilizados para possibilitar a comunicação, como o uso do PECS (Picture Exchange Communication System), que permite a comunicação por meio do uso de troca de figuras;
- g) Reduzir ou extinguir repertórios inadequados e comportamentos mal adaptativos, que dificultam a interação social ou aquisição de novas habilidades, como agitação psicomotora, comportamentos auto ou hétero agressivos e estereotípias;
- h) Realizar orientações frequentes aos pais ou cuidadores de modo a inseri-los no programa de tratamento, proporcionando novas situações de aprendizagem, não apenas durante as sessões, mas tendo os cuidadores como coterapeutas, reproduzindo as orientações recebidas e possibilitando a replicação dos comportamentos adequados em outros contextos;
- i) Orientar, de maneira uniformizada, os demais profissionais envolvidos, tanto de saúde como de educação, no cuidado e no manejo dos pacientes.

Cada fase do desenvolvimento tem suas necessidades específicas a serem respeitadas. O plano terapêutico deve ser reavaliado, periodicamente, a cada seis meses, possibilitando identificar as áreas ou os repertórios desenvolvidos e adaptar ou planejar novamente as ações.

No atendimento cotidiano os profissionais geralmente se valem de tratamento clínico de base psicanalítica, de análise do comportamento aplicada, conhecida como ABA, de comunicação suplementar e alternativa (CSA), de integração sensorial, do método de tratamento e educação para crianças com transtornos do espectro do autismo (TEACCH).

O método Lovaas, conhecido como *Early Intensive Behavioral Intervention* (EIBI) ou Intervenção Comportamental Precoce Intensiva, para crianças

³¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/autismo_cp.pdf> e em <http://www.autismo.org.br/site/images/Downloads/linha_cuid_autismo.pdf>.

³¹⁸ SÃO PAULO. **Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/destaques/protocolo-do-estado-de-sao-paulo-de-diagnostico-tratamento-e-encaminhamento-de-pacientes-com-transtorno-do-espectro-autista-tea>>. Disponível também em: <<http://www.psiquiatriainfantil.com.br/arquivos/textos/protocolo-Estado-SP-TEA.pdf>>.

pequenas, vem sendo estudado e testado quanto às suas aplicações em diversos contextos³¹⁹. É um método norte-americano complexo, que impõe formação, de difícil acesso, aos profissionais que porventura queiram aprender a utilizá-lo.

Procedimentos comportamentalistas, de cunho skinneriano, podem ser utilizadas para trabalhar não só comportamentos, mas também a linguagem³²⁰, pois o autismo gera sistemática aplicação de:

- (a) reforço do comportamento verbal de mando vocal aversivo (chorar ou gritar, ou outros comportamentos de evitação que podem ser incompatíveis com a aquisição de comportamentos verbais apropriados para a idade);
- (b) reforço do comportamento verbal de mando gesticulatório e outras formas de mandos não-vocais;
- (c) antecipação de necessidades da criança e conseqüente reforçamento de um repertório não-responsivo que impede o fortalecimento de mandos vocais e não-vocais;
- (d) extinção de comportamentos verbais;
- (e) Interação entre fatores orgânicos, ou presumidamente orgânicos, e fatores comportamentais;
- (f) não-supressão de comportamentos disruptivos e insuficiência em estabelecer controle instrucional verbal inicial³²¹.

Os acompanhantes terapêuticos, voluntários ou contratados pela família, podem ter papel social importantes em alguns casos.

Há estudos em andamento no sentido de se utilizar aparelhos de alta tecnologia, como jogos e aplicativos para uso em notebooks, tablets, e até aparelhos celulares, voltados especificamente para o desenvolvimento educacional e sócio relacional de pessoas com TEA.

Os acompanhamentos para pessoas no espectro autista são mais efetivos quando são realizados em longo prazo³²².

8.2 Tratamento fonoaudiológico

Os objetivos das terapias fonoaudiológicas visam adequar as dificuldades de comunicação receptiva e expressiva. A linguagem infantil se constrói pela brincadeira, inicialmente observando a exploração lúdica espontânea e, posteriormente, incentivando-a a outras formas de brincar, de compartilhar atenção e situações. As ações ou emissões verbais que indicam tentativas comunicativas são incentivadas e trabalhadas. A pessoas não verbais aplicam-se abordagens alternativas de comunicação³²³, como o uso de sistemas de comunicação aumentativa. As técnicas

³¹⁹ LOVAAS, O. I. Behavior treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1987, 55 (1): 3-9. Disponível em espanhol em: <<http://portal.uarg.unpa.edu.ar/material/2modulo/6%29%20articulo%2087.pdf>>.

³²⁰ DRASH, P.W.; TUDOR, R. M. An analysis of autism as a contingency-shaped disorder of verbal behavior. **Anal Verbal Behav.** 2004; 20: 5–23. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755437/>> e em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755437/pdf/anverbbehav00025-0007.pdf>>.

³²¹ CASTELO BRANCO, M. Transtorno do espectro do autismo: intervenções focadas na análise do comportamento verbal de Skinner. **Psicologia**, 9 set. 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/autores/marocacbyahoocombr/#content-top-list>>.

³²² EDELVIK, S.; HASTINGS, R.P.; HUGHES, J.C.; JAHR, E.; EIKESETH, S.; CROSS, S. Meta-Analysis of Early Intensive Behavioral Intervention for Children With Autism. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**. Volume 38, Issue 3, 2009. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410902851739#.VSx3RfnF-E0>>.

³²³ BRASIL. Secretaria de Educação Especial. **Portal de ajudas técnicas para educação**: equipamento e material pedagógico para educação, capacitação e recreação da pessoa com deficiência física: recursos

de comunicação alternativas e aumentativas são um complemento ou substituição da fala, para compensar a dificuldade de expressão.

Eventualmente são aplicadas usando-se computador. Há programas de figuras, como o PECS (Picture Exchange Communication System) construídos para autistas. Trabalhar a linguagem implica envolvimento com os pais e envolvimento dos pais.

8.3 Terapia Ocupacional

Um plano de intervenção do terapeuta ocupacional leva em conta as necessidades singulares de cada pessoa e de sua etapa de desenvolvimento. Melhorar o desempenho em atividades, como alimentação, vestuário, higiene, ou, ainda, mobilidade, brincar, desempenho escolar e ensino de procedimentos de segurança são ações comuns do terapeuta ocupacional. As áreas a trabalhar no autismo são:

- a) Cuidados Pessoais: Alimentação – ensino passo a passo da tarefa de comer de forma independente;
- b) Toalete – controle de esfíncter e treino específico do uso de toalete;
- c) Higiene – lavar as mãos, tomar banho, escovar dentes;
- d) Vestuário – tirar e colocar roupas e sapatos;
- e) Sono – qualidade do sono e rotina na hora de dormir;
- f) Atividades Domésticas: arrumar a cama, guardar brinquedos, ajudar a preparar um lanche, fazer compras em loja, preparar lista de compras, conhecer dinheiro (troco, contar);
- g) Mobilidade: atravessar rua, pegar transporte público, solicitar ajuda quando perdido;
- h) Adaptação do mobiliário e do material para escrita; Coordenação motora global e fina;
- i) Rotinas escolares – grau de independência para tomar lanche, guardar material, brincar de forma compartilhada, utilizar o banheiro;
- j) Emprego: preparar adolescentes para uma atividade laborativa, sempre que possível;
- k) Pré-requisitos para atividades laborativas (assiduidade, pontualidade);
- l) Habilidades para trabalho: exigências físicas (força, coordenação, postura) e cognitivas (memória, resolução de problemas);
- m) Processamento sensorial: avaliar e intervir para melhorar o input sensorial, seja por problemas na modulação sensorial (defensividade tátil e auditiva, inquietação motora, insegurança gravitacional, intolerância e movimento), seja na coordenação (integração bilateral, sequenciamento e dispraxias, dificuldade de planejamento motor);
- n) Educação: Ambiente escolar – localizar a sala, ir e vir independentemente; Organização do espaço físico da sala, potencial grau de distratibilidade.

8.4 Trabalho com as famílias

A abordagem familiar é um dos aspectos principais para o êxito do tratamento. Isso se dá, tanto na psicoeducação, no apoio psicológico aos pais ou cuidadores, e na instrumentalização para eles serem agentes terapêuticos. Para que os pacientes e as famílias tenham um papel ativo no seu tratamento é importante que conheçam sobre o transtorno e entendam as formas de intervenção, para aderir ao tratamento e informar melhor à equipe que os assiste sobre suas necessidades. Grupos de psicoeducação devem ser realizados para que a família possa ter

contempladas suas dúvidas, entender a situação e compartilhar nas decisões do projeto de vida do paciente. Importante lembrar que, conforme o paciente esteja apto a participar dessas decisões, ele deve passar a tomá-las conjuntamente com a família e equipe terapêutica.

8.5 Medicamentos

Alguns fármacos são auxiliares no tratamento de pacientes portadores de transtornos do espectro autista. Não são usados com o objetivo de cura, mas de alívio de sintomas. Alguns pacientes utilizam fármacos por longo prazo. Nestes, os efeitos adversos devem ser analisados cuidadosamente durante a escolha do medicamento e na sequência das tomadas.

Os neurolépticos têm efeitos importantes para abrandar sintomas psicóticos. Entre eles, a levomepromazina (para problemas graves de insônia e comportamento agitado noturno), a clorpromazina, o haloperidol e a risperidona. Em especial o haloperidol e a risperidona têm evidenciado resultados positivos, incluindo redução de agressividade, da irritabilidade e do isolamento. Seus efeitos colaterais mais comuns são a sonolência, tontura, a salivação excessiva e o ganho de peso. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), após estudo técnico, emitiu parecer técnico favorável ao uso da risperidona³²⁴:

Com registro ativo na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a risperidona possui indicação prevista em bula para o tratamento de irritabilidade associada ao transtorno autista, em crianças e adolescentes, incluindo sintomas de agressão a outros, autoagressão deliberada, crises de raiva e angústia e mudança rápida de humor.

Para essa indicação, é recomendado que o tratamento seja **iniciado com 0,25 mg/dia** para pacientes com peso inferior a 20 kg e **0,5 mg/dia para pacientes com peso maior**.

Tal dose deve ser ajustada em um regime de aumento de 0,25 mg e 0,5 mg, respectivamente, sendo recomendadas as doses diárias máximas de 1,5 mg em pacientes < 20 kg, de 2,5 mg em pacientes ≥ 20 kg ou 3,5 mg em pacientes > 45 kg.

Ainda de acordo com informações contida na bula do medicamento, não há experiência no tratamento de crianças com menos de 5 anos de idade.

A Portaria 324, de 31 de março de 2016, do Ministério da Saúde, aprovou o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas do comportamento agressivo no transtorno do espectro do autismo, incluindo a risperidona como possibilidade de tratamento. Ela foi modificada pela Portaria nº 454, de 29 de abril de 2016, definindo a forma farmacêutica líquida (solução oral) da risperidona, de 1 mg/ml. A receita de risperidona, no SUS, exige o preenchimento de solicitação de medicamento especial.

³²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. CONITEC. **Risperidona no Transtorno do Espectro do Autismo (TEA):** Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS –CONITEC –123. Brasília: Ministério da Saúde, abril de 2014. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/24/Relat--rio-Risperidona-Autismo-CP-123.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. CONITEC. **Risperidona no comportamento agressivo em adultos com transtornos do espectro do autismo (TEA):** Relatório de Recomendação n. 201. Brasília: Ministério da Saúde, janeiro de 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Risperidona-Ampliacao_final.pdf>.

Estão disponíveis pelo SUS os comprimidos de 1 mg, 2 mg e 3 mg e a solução oral (1mg/ml), para uso diante dos códigos F84.0 (autismo infantil), F84.1 (autismo atípico), F84.3 (transtorno desintegrativo da infância), F84.5 (síndrome de Asperger) e F84.8 (outros transtornos globais) da CID-10.

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), os estimulantes, estabilizadores de humor e agonista alfa-adrenérgicos) têm sido utilizados em alguns países, sem vantagens definidas quanto à eficácia, à eficiência e à segurança. Não há evidências científicas de que o uso de inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) seja eficaz na redução dos sintomas dos transtornos do espectro autista em crianças e aponta-se, neles, riscos de efeitos indesejáveis³²⁵.

8.3 Exigências para o pedido inicial e a dispensação de risperidona pelo SUS

Exigências formais para fazer o pedido e para renová-lo no SUS

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita de Controle Especial, com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita de Controle Especial, com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica.

Documentos do paciente exigidos para formalizar o pedido pela primeira vez

Solicitação inicial
<input type="checkbox"/> Carteira de Identidade – RG <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física – CPF <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde – CNS <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

O termo de esclarecimento e responsabilidade será assinado pela família, e seguirá o modelo do anexo I. O médico prescritor deverá preencher o laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamento do componente especializado da assistência farmacêutica (LME), constante no anexo II.

9 MONITORAMENTO

Uma ferramenta útil para a avaliação do paciente é o conjunto de escalas do comportamento adaptativo de Vineland³²⁶. Esta escala também serve no monitoramento de seu progresso. O anexo III apresenta o instrumento. Uma forma de comparar a situação do paciente em épocas diferentes é o questionário denominado Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC), ou Lista para Avaliação do Tratamento do Autismo, em tradução brasileira por Leitão, no anexo.

³²⁵ WILLIAMS, K. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 8. Art. No.: CD004677. DOI: 10.1002/14651858.CD004677.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004677.pub2/full>>.

³²⁶ SPARROW, S. S.; BALLA, D. A.; CICCETT, D. V.; DOLL, E. A. **Vineland adaptive behavior scales**: Interview edition, survey form manual. Circle Pines: American Guidance Service, 1984.

Anexo I

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - RISPERIDONA

Eu,, abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento **risperidona**, preconizados para o tratamento dos **transtornos do espectro autista**.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico Dr.

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos: as reações mais frequentes são inquietação, ansiedade, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, diminuição do desejo sexual, tontura, alterações na menstruação, reações extrapiramidais, reações distônicas, parkinsonismo, insônia, distúrbios urinários, agressividade, agitação, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, constipação, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náuseas, faringite, rinite, ganho de peso. As reações menos frequentes incluem dor nas costas, hipotensão ortostática, palpitação, dor no peito, taquicardia, falta de ar, galactorréia, aumento da oleosidade da pele, dor abdominal, dor nas articulações, pele seca, aumento da salivação, aumento do suor, fotossensibilidade, vômitos, perda de peso. As reações raras incluem perda de apetite, alteração na regulação de temperatura corporal, síndrome neuroléptica maligna, sede excessiva, ereção peniana sustentada e dolorosa, discinesia tardia, convulsões, redução do número de plaquetas no sangue e púrpura.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre eu e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Local: Data:...../...../.....

Nome do Paciente:

.....
Cartão Nacional de Saúde Nº:

Nome do responsável legal:

Documento de Identificação do responsável legal:

Médico responsável: CRM:..... UF:.....

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável legal

Anexo II

Instruções para o preenchimento do LME

Os campos de 1 a 17 são de preenchimento exclusivo do médico solicitante.

Campo 1 - Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): preencher com o código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).*

Campo 2 - Nome do estabelecimento de saúde solicitante: preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).*

Campo 3 - Nome completo do Paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

Campo 4 - Nome da mãe do paciente: preencher com o nome completo da mãe do paciente.*

Campo 5 - Peso: preencher com o peso atual do paciente, em quilogramas.*

Campo 6 - Altura: preencher com a altura atual do paciente, em centímetros.*

Campo 7 - Medicamento: preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) solicitado(s), de acordo com o descrito na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.*

Campo 8 - Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento.*

Campo 9 - CID-10: preencher com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) que corresponde à doença/lesão/agravo que motivou a solicitação do(s) medicamento(s).*

Campo 10 - Diagnóstico: diagnóstico da doença que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), descrito com base na denominação da CID-10.*

Campo 11 - Anamnese: histórico do paciente que vai desde os sintomas e sinais iniciais até o momento da observação clínica.*

Campo 12 - Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?: Assinalar se o paciente realiza ou já realizou tratamento para a doença descrita no campo nove. Caso esteve ou está em tratamento, deverá relatar o(s) esquema(s) terapêutico(s) utilizado(s).*

Campo 13 - Atestado de capacidade: a solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença daquele considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil: os menores de dezoito anos; aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos ou que não puderem exprimir sua vontade, mesmo que transitória; ébrios habituais, viciados em tóxicos, ou os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; os pródigos. De acordo com a avaliação clínica pelo médico, descrever se o paciente preenche os critérios, ou não, de incapacidade. Caso presente, descrever o nome completo do responsável pelo paciente.*

Campo 14 - Nome do médico solicitante: preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.*

Campo 15 - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante: preencher com o número do CNS do médico solicitante.

Campo 16 - Data da solicitação: preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

- Campo 17 - Assinatura e carimbo do médico: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.*
- Campo 18 - Assinalar o responsável pelo preenchimento dos campos 19, 20, 21, 22 e 23. No caso do responsável pelo preenchimento ser outra pessoa além do paciente, mãe do paciente, responsável descrito no item 13 ou o médico solicitante deverá ser informado o nome completo da pessoa sem abreviaturas e seu número de cadastro de pessoa física (CPF).*
- Campo 19 - Preencher a raça/cor do paciente expressada pelo próprio usuário ou seu responsável, conforme descrição da Portaria SAS/MS nº 719 de 28 de dezembro de 2007. Caso seja assinalada a Raça/Cor Indígena, deverá ser preenchida também sua etnia, conforme a Tabela de Etnias Indígenas Brasileiras, descrita na Portaria SAS/MS nº 508 de 28 de setembro de 2010.*
- Campo 20 - Telefone(s) de contato do Paciente: preencher com número(s) de telefone do paciente para possíveis contatos.*
- Campo 21 - Número do documento do Paciente: assinalar com um "x" no campo correspondente ao CPF ou CNS e preencher com o número do documento assinalado.*
- Campo 22 - Correio eletrônico do Paciente: preencher com o correio eletrônico do paciente para possíveis contatos.
- Campo 23 - Assinatura do responsável pelo preenchimento: assinatura da pessoa responsável pelo preenchimento campos 18, 19, 20, 21, 22 e 23.*

Avaliação técnica do laudo pelo farmacêutico

No contexto do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica³²⁷, será feita a avaliação do LME e sua autorização ou indeferimento. A devolução caracteriza-se pela ausência de informação ou de documentos ou de exames, ou pelo preenchimento incorreto da solicitação do medicamento que impedem a plenitude da análise. Deve-se assinalar qual o motivo da devolução e o número correspondente ao medicamento devolvido. O farmacêutico avaliador deverá descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem no esclarecimento do motivo da devolução. Assinalar quando há solicitação de medicamento não padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

³²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. **Portaria 1.554**, de 30 de julho de 2013. Brasília: Diário Oficial da União: 17 nov. 2010, 219:31.

		Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)		
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)		
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE		
1- Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente* kg
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente* cm
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*
		1º mês 2º mês 3º mês
1		
2		
3		
4		
5		
9- CID-10*	10- Diagnóstico	
11- Anamnese*		
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*		
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> NÃO		
13- Atestado de capacidade* A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?		
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento		
		Nome do responsável
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*	16- Data da solicitação*	
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____		
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação		20- Telefone(s) para contato do paciente
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____		
22- Correio eletrônico do paciente		

Anexo III



ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO

Sara S. Sparrow, David A. Balla e Domenic V. Cicchetti

ENTREVISTA

FORMA SINTÉTICA

SUJEITO	FOLHAS DE REGISTO	ENTREVISTADO
Nome _____	Sexo _____	Nome _____ Sexo _____
Morada _____		Relação com o sujeito _____
Telefone _____ Ano Escolar _____		
Establ. Ensino _____		ENTREVISTADOR
Diagnóstico _____		Nome _____ Sexo _____
Raça _____		Posição _____
Nível social _____		DADOS DE OUTROS TESTES
Outras informações _____		Inteligência _____
		Realização _____

IDADE: ANO MÊS DIA		Comportamento adaptativo _____
Data entrevista _____		_____
Data nascimento _____		Outros _____
Idade cronológica _____		_____
Idade usada para iniciar itens _____		_____
MOTIVO DA ENTREVISTA _____		_____
_____		_____

ANTES DE COMEÇAR, LEIA CUIDADOSAMENTE O MANUAL DE INSTRUÇÕES

Orientações gerais: Em cada área do comportamento adaptativo, começar a pontuar com o item designado para a idade do sujeito. Pontuar cada item com 2, 1, 0, N ou D, de acordo com os critérios do manual (Anexo C). Registrar a pontuação de cada item na caixa própria da folha de registo. Estabelecer, para cada área, uma *linha de base* de sete itens consecutivos cotados com 2 e um *tecto* de sete itens consecutivos cotados com 0. (Para consulta, quando se somam os totais, o somatório mais alto possível está impresso no canto superior direito nas caixas de cotação.).

PONTUAÇÃO DE ITENS:

2 - Sim, frequentemente.

1 - Algumas vezes ou parcialmente.

0 - Não, nunca.

DK - Não sabe.

R: Receptiva

E: Expressiva

W: Escrita

ÁREA DA COMUNICAÇÃO

- Cotação dos itens
- 2 – Sim, normalmente
 - 1 – Algumas vezes, ou parcialmente
 - 0 – Não, nunca
 - N – Não teve oportunidade
 - D - Desconhecido

RECEPTIVA
EXPRESSIVA
ESCRITA

OBSERVAÇÕES

<1	1. Volta os olhos e a cabeça em direcção ao som.					
	2. Ouve, pelo menos momentaneamente, quando o educador fala.					
	3. Sorri como resposta à presença do educador.					
	4. Sorri como resposta à presença de uma pessoa familiar, para além do educador.					
	5. Estende os braços quando o educador diz: "Vem cá." Ou "Upa."					
	6. Demonstra compreender a palavra "não".					
	7. Imita sons do adulto, imediatamente depois de os ouvir.					
	8. Demonstra compreender o significado de pelo menos 10 palavras.					
	1	9. Gesticula apropriadamente para indicar "Sim.", "Não.", "Eu quero."				
	10. Ouve atentamente as instruções.					
	11. Demonstra compreender o significado de "Sim." e "Está bem."					
	12. Segue instruções que requerem uma acção e um objecto.					
	13. Aponta correctamente para, pelo menos, uma parte principal do corpo.					
	14. Utiliza o 1º nome, ou diminutivo dos irmãos, amigos ou colegas, ou diz os seus nomes quando se lhos perguntam.					
	15. Utiliza frases com verbo e nome, ou com dois nomes					
	16. Nomeia, pelo menos, 20 objectos, sem se lhe perguntar. (NÃO COTAR 1)					
	17. Ouve uma história, pelo menos durante 5 minutos.					
	18. Indica preferência, quando se lhe proporciona escolha.					
	2	19. Diz, pelo menos, 50 palavras reconhecíveis. (NÃO COTAR 1)				
	20. Relata experiências espontaneamente e em termos simples.					
	21. Transmite um recado simples.					
	22. Utiliza frases com 4, ou mais, palavras.					
	23. Aponta, a pedido, com precisão para todas as partes do corpo. (NÃO COTAR 1)					
	24. Diz, pelo menos, 100 palavras reconhecíveis. (NÃO COTAR 1)					
	25. Fala com frases completas.					
	26. Utiliza "um(a)" "e o/a" nas frases.					
	27. segue instruções na forma "Se ... então".					
	28. Diz o 1º e o último nome, quando se lhe pergunta.					
	29. Faz perguntas com: "O que é, Onde, Quem, Porque, Quando". (NÃO COTAR 1)					
	3,4	30. Diz qual o maior de dois objectos não presentes.				
	31. Relata experiências com detalhe, quando se lhe pergunta.					
	32. Utiliza frases com "atrás" ou "entre", como preposição.					
	33. Utiliza frases com "à volta", como preposição, numa frase.					
Cotar com 2 os itens antes da base e com 0 os itens depois do máximo		24	42	0	Soma de 2, 1, 0 da pág. 2	

OBSERVAÇÕES

RECEPTIVA
EXPRESSIVA
ESCRITA

Cotação dos itens					OBSERVAÇÕES		
2 – Sim, normalmente							
1 – Algumas vezes, ou parcialmente							
0 – Não, nunca							
N – Não teve oportunidade							
D – Desconhecido							
5	34. Utiliza frases com "mas" e "ou".						
	35. Articula claramente, sem substituir sons.						
	36. Conta histórias populares, contos, lengalengas ou novelas de TV.						
5	37. Diz todas as letras do alfabeto de memória.						
	38. Lê, pelo menos 3 sinais comuns.						
	39. Diz a data dos anos (dia e mês), quando questionada.						
	40. Utiliza plurais irregulares.						
6	41. Imprime ou escreve o nome (primeiro e último).						
	42. Diz o número de telefone, quando questionada. (PODE-SE COTAR N)						
	43. Diz a morada completa, quando questionada.						
	44. Lê, pelo menos 10 palavras, silenciosamente ou em voz alta.						
	45. Imprime ou escreve, pelo menos 10 palavras de memória.						
	46. Exprime ideias em mais do que uma versão sem ajuda.						
	47. Lê em voz alta uma história simples.						
7,8	48. Imprime ou escreve frases simples com 3 ou 4 palavras.						
	49. Está atenta na escola mais de 15 minutos.						
	50. Lê por iniciativa própria.						
	51. Lê livros, pelo menos, do 2º ano de escolaridade.						
	52. Ordena alfabeticamente palavras ou itens, pela 1ª letra.						
	53. Imprime ou escreve pequenas notas ou mensagens.						
9	54. Dá ordens complexas aos outros.						
	55. Escreve as primeiras cartas. (NÃO COTAR 1)						
	56. Lê livros, pelo menos, do 4º ano de escolaridade.						
	57. Escreve com letra manuscrita a maior parte das vezes. (NÃO COTAR 1)						
10 a 18+	58. Usa o dicionário.						
	59. Consulta o sumário de um livro.						
	60. Escreve relatórios ou composições. (NÃO COTAR 1)						
	61. Escreve o endereço completo em envelopes.						
	62. Consulta o índice de um livro..						
	63. Lê jornais. (PODE-SE COTAR N)						
	64. Tem objectivos reais a longo prazo e explica detalhadamente como os atingir.						
	65. Escreve cartas elaboradas.						
	66. Lê jornais ou revistas todas as semanas. (PODE-SE COTAR N)						
	67. Escreve cartas comerciais. (NÃO COTAR 1)						
	1. Cotar com 2 os itens antes da base e com 0 os itens depois do máximo	2	20	46	Soma de 2, 1, 0 da pág. 3		
	2.				Soma de 2, 1, 0 da pág. 2		
	3.				N.º de N das pág. 2 e 3		
	4.				N.º de D das pág. 2 e 3		
		26	62	46	Cotação total da área (Somar linhas 1 a 4)		
OBSERVAÇÕES							

ÁREA DA COMUNICAÇÃO

		Cotação dos itens		PESSOAL	DOMÉSTICA	COMUNIDADE	OBSERVAÇÕES
		2 – Sim, normalmente	1 – Algumas vezes, ou parcialmente 0 – Não, nunca N – Não teve oportunidade D - Desconhecido				
ÁREA DA ALTONOMIA	<1	1. Antecipa o comer quando vê o biberão, o peito ou comida.					
		2. Abre a boca quando se lhe apresenta a colher com comida.					
		3. Retira a comida da colher com a boca.					
		4. Chupa ou masca bolachas.					
		5. Come comida sólida.					
	1	6. Bebe por chávena ou copo sem ajuda.					
		7. Come sozinha com a colher.					
		8. Demonstra compreender que as coisas quentes são perigosas.					
		9. Indica que tem a fralda suja apontando, vocalizando ou puxando a fralda.					
		10. Chupa pela palha					
		11. Permite que o <i>educador</i> lhe limpe o nariz.					
		12. Come sozinha com o garfo.					
		13. Tira um casaco aberto à frente ou uma camisola sem ajuda.					
	2	14. Come sozinha com a colher, sem se sujar.					
		15. Demonstra interesse em mudar a roupa quando está molhada ou muito suja.					
		16. Urina na casa de banho ou no bacio.					
		17. Lava-se com ajuda.					
		18. Faz cocó na casa de banho ou no bacio.					
		19. Pede para ir à casa de banho.					
		20. Veste roupas fáceis com elásticos, sem ajuda.					
		21. Demonstra compreender a função do dinheiro.					
		22. Dá o que tem na mão quando se lhe pede.					
	3	23. Controla os esfíncteres, durante a noite.					
		24. Tira água da torneira sem ajuda.					
		25. Lava os dentes sem ajuda. (NÃO COTAR 1)					
		26. Demonstra compreender a função do relógio clássico e do digital.					
		27. Colabora nas tarefas domésticas quando se lhe pede.					
		28. Lava e limpa a cara sem ajuda.					
		29. Calça os sapatos correctamente sem ajuda.					
		30. Atende o telefone de forma apropriada. (PODE-SE COTAR N)					
		31. Veste-se completamente sozinha, excepto atar laços.					
	4	32. Diz para quem é a chamada telefónica ou que essa pessoa não pode atender. (PODE-SE COTAR N)					
		33. Põe a mesa com ajuda.					
			50	6	10	Soma de 2, 1, 0 da pág. 4	
	Cotar com 2 os itens antes da base e com 0 os itens depois do máximo						
	OBSERVAÇÕES						

Cotação dos itens	<p>2 – Sim, normalmente 1 – Algumas vezes, ou parcialmente 0 – Não, nunca N – Não teve oportunidade D – Desconhecido</p>				OBSERVAÇÕES
		PESSOAL	DOMÉSTICA	COMUNIDADE	
34.	Cuida de toda a sua higiene sem ajuda e sem ser preciso lembrá-la. (NÃO COTAR 1)				
35.	Olha para os dois lados antes de atravessar a rua.				
36.	Arruma as roupas limpas, sem ajuda, quando se lhe pede.				
37.	Assoa o nariz sem ajuda. . (NÃO COTAR 1)				
38.	Levanta da mesa peças quebráveis.				
39.	Seca-se sozinho com uma toalha.				
40.	Aperta todos os fechos. . (NÃO COTAR 1)				
5	41. Ajuda na preparação de comida (mexer e cozinhar).				
	42. Demonstra compreender que não é seguro apanhar boleias, aceitar comida ou dinheiro de estranhos.				
	43. Dá laços, sem ajuda.				
	44. Toma banho, ou duche, sem ajuda. . (NÃO COTAR 1)				
	45. Olha para os dois lados e atravessa a rua sozinho.				
	46. Põe a mão à frente da boca e do nariz quando tosse ou espirra.				
6	47. Utiliza adequadamente a colher, a faca e o garfo. . (NÃO COTAR 1)				
	48. Toma a iniciativa de telefonar para outros. (PODE-SE COTAR N)				
	49. Obedece aos semáforos para peões e outros. (PODE-SE COTAR N)				
	50. Veste-se completamente sozinho, incluindo laços e fechos. (NÃO COTAR 1)				
	51. Faz a sua cama quando se lhe pede.				
	52. Diz o dia da semana quando se lhe pergunta.				
	53. Aperta o cinto do carro sem ajuda. . (PODE-SE COTAR N)				
7	54. Conhece o valor do dinheiro.				
	55. Utiliza funcionalmente instrumentos domésticos.				
	56. Identifica a esquerda e a direita nos outros.				
	57. Levanta a mesa sem ajuda quando se lhe pede.				
8	58. Varre, lava ou aspira o chão cuidadosamente sem ajuda quando se lhe pede.				
	59. Utiliza adequadamente o telefone de emergência. . (PODE-SE COTAR N)				
	60. Pede a sua refeição no restaurante (PODE-SE COTAR N)				
	61. Diz a data completa quando se lhe pergunta.				
	62. Troca de roupa em antecipação às mudanças do tempo sem ser necessário lembrá-la.				
	63. Evita pessoas com doenças contagiosas, sem ser necessário lembrá-la.				
Cotar com 2 os itens antes da base e com 0 os itens depois do máximo		22	14	24	Soma de 2, 1, 0 da pág. 5
OBSERVAÇÕES					

ÁREA DA AUTONOMIA

ÁREA DO COMPORTAMENTO DESAJUSTADO

Nota:
A Área do Comportamento Desajustado é para indivíduos de idade 5-0-0 ou mais velhos. A administração é opcional.

Cotação dos itens
2 – Sim, normalmente
1 – Algumas vezes, ou parcialmente
0 – Não, nunca
NÃO COTAR N OU D

OBSERVAÇÕES

PARTE 1

1. Chupa no polegar ou noutro dedo.			
2. É excessivamente dependente.			
3. Isola-se.			
4. Molha a cama.			
5. Tem distúrbios alimentares.			
6. Tem distúrbios de sono.			
7. Rói as unhas.			
8. Recusa a escola ou o trabalho.			
9. Exibe ansiedade extrema.			
10. Exibe tiques.			
11. Chora ou ri facilmente.			
12. Tem contacto visual pobre.			
13. Exibe tristeza excessiva.			
14. Range os dentes de dia ou de noite.			
15. É muito impulsivo.			
16. Tem atenção e concentração pobre.			
17. É hiperactivo.			
18. Tem birras.			
19. É negativista ou desafiante.			
20. Aborrece os outros ou é insolente.			
21. Mostra falta de consideração.			
22. Mentira, engana ou rouba.			
23. É muito agressivo fisicamente.			
24. Blasfema em situações inapropriadas.			
25. Foge.			
26. É teimoso e rabugento.			
27. Falta à escola ou ao trabalho.			
A. PARTE 1 Cotação Total (Soma de 2, 1, 0 da Parte 1)			

Pôr um círculo à volta de uma das opções
S - Severo
M - Moderado

PARTE 2

Nota: A Parte 2 é só para os indivíduos que serão comparados com os grupos padrões normativos.

28. Envolva-se em comportamentos sexuais inapropriados.		S	M
29. Tem preocupações excessivas ou peculiares com objectos ou actividades.		S	M
30. Expressa pensamentos que revelam pouca sensibilidade.		S	M
31. Exibe maneirismos ou hábitos extremamente peculiares.		S	M
32. Exibe comportamentos auto-agressivos.		S	M
33. Destroí intencionalmente os seus bens ou os dos outros.		S	M
34. Utiliza linguagem bizarra.		S	M
35. Não tem consciência do que acontece ao seu redor.		S	M
36. Balanceia-se quando sentado ou em pé.		S	M
B. Soma de 2, 1, 0 da Parte 2			
PARTES 1 e 2 Cotação Total (Somar A e B)			

OBSERVAÇÕES

Fonte: Wineland. Disponível em: <<https://mundoautista.files.wordpress.com/2010/04/17-vineland-escala-de-comportamento-adaptativo.pdf>>.

ACERCA DA ENTREVISTA:

Estimativa do nível funcional do indivíduo por parte do entrevistado _____

Língua usada na entrevista _____

Características especiais do indivíduo _____

Estimativa do relacionamento estabelecido com o entrevistado _____

Estimativa do rigor do entrevistado _____

Observação global _____

Anexo IV

Lista para Avaliação do Tratamento do Autismo

ATEC

*Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)

Bernard Rimland, Ph.D. and Stephen M. Edelson, Ph.D.

Autism Research Institute

4182 Adams Avenue, San Diego, CA 92116

fax: (619) 563-6840; www.autism.com/ari

Projecto/Objectivo:				
Pontuação: I	II	III	IV	Total

Este formulário pretende medir os efeitos do tratamento. A cotação gratuita deste formulário está disponível na Internet em: www.autism.com/atec

Nome da Criança _____ Idade _____
 Primeiro _____ Último _____
 Rapaz Data de Nascimento _____
 Rapariga Data de hoje _____

Formulário completado por: _____ Tipo de Relação (mãe, pai, professor, etc.) _____

Por favor, circunde as letras, de modo a indicar o grau de verdade de cada frase:

I. Discurso/Linguagem/Comunicação: [N] Não verdadeiro; [P] Parcialmente verdadeiro;
 [V] Muito verdadeiro

- | | | |
|--|---|--|
| N P V 1. Sabe o seu nome | N P V 6. Consegue usar 3 palavras de cada vez (Querer mais leite) | N P V 10. Faz perguntas com sentido |
| N P V 2. Responde a "Não" ou "Para" | N P V 7. Sabe 10 ou mais palavras | N P V 11. O seu discurso tende a ter significado/relevante |
| N P V 3. Consegue seguir algumas ordens | N P V 8. Consegue usar frases com 4 ou mais palavras | N P V 12. Usa, com frequência, várias frases sucessivas |
| N P V 4. Consegue usar uma palavra de cada vez (Não!, Comer, Água, etc.) | N P V 9. Explica o que ele/ela quer | N P V 13. Mantém, razoavelmente bem, uma conversação |
| N P V 5. Consegue usar 2 palavras de cada vez (não querer, ir casa) | | N P V 14. Possui, para a sua idade, uma capacidade normal para comunicar |

II. Sociabilidade: [N] Não descreve; [P] Descreve parcialmente; [M] Descreve muito

- | | | |
|--|--|--|
| N P M 1. Parece estar numa concha – você não consegue chegar até ele/ela | N P M 7. Não mostra afecto | N P M 15. Birras |
| N P M 2. Ignora as outras pessoas | N P M 8. Falha em cumprimentar os pais | N P M 16. Não tem amigos/companheiros |
| N P M 3. Presta pouca ou nenhuma atenção quando alguém se lhe dirige | N P M 9. Evita o contacto com os outros | N P M 17. Raramente ri |
| N P M 4. Não cooperativo e resistente | N P M 10. Não imita | N P M 18. Insensível aos sentimentos dos outros |
| N P M 5. Não estabelece contacto ocular | N P M 11. Não gosta de ser abraçado/acochegado | N P M 19. Indiferente quanto ao facto de os outros poderem gostar dele |
| N P M 6. Prefere que o deixem sozinho | N P M 12. Não partilha ou mostra | N P M 20. Indiferente se o(s) pai(s) se vai/vão embora |
| | N P M 13. Não acena "adeus" | |
| | N P M 14. Desagradável/não obediente | |

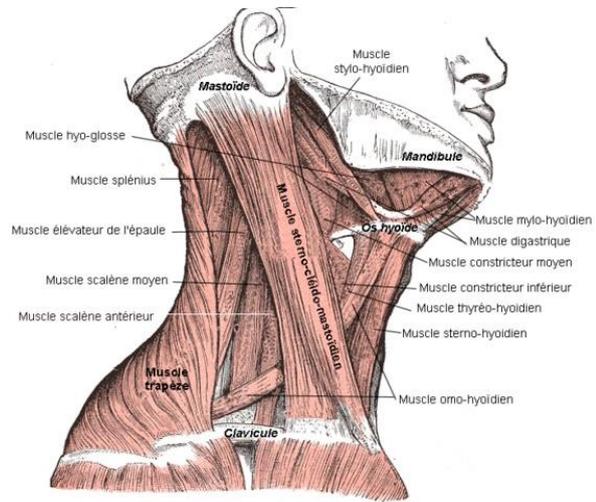
ATEC

III. Consciência Cognitiva/Sensorial:			[N] Não descreve; [P] Descreve parcialmente;		
			[M] Descreve muito		
N P M 1. Responde quando chamado pelo seu nome			N P M 7. Tem uma expressão facial apropriada		N P M 12. Mostra imaginação
N P M 2. Responde ao elogio			N P M 8. Compreende histórias na T.V.		N P M 13. Inicia actividades
N P M 3. Olha para as pessoas e para os animais			N P M 9. Compreende explicações		N P M 14. Veste-se sozinho
N P M 4. Olha para fotografias, imagens (e T.V.)			N P M 10. Tem consciência do ambiente que o circunda		N P M 15. Curioso, interessado
N P M 5. Desenha, pinta, arte (outras formas de expressão)			N P M 11. Tem consciência do perigo		N P M 16. Aventureiro – explora
N P M 6. Brinca com brinquedos de forma apropriada					N P M 17. “Sintonizado” – Não desorientado
					N P M 18. Olha para onde os outros estão a olhar
<hr/>					
IV. Saúde/ Físico/ Comportamento:			[N] Não é problema; [m] Problema menor; [M] Problema Moderado; [S] Problema Sério		
N m M S 1. Urina na cama			N m M S 11. Bate ou magoa-se a si próprio		N m M S 20. Grita ou berra
N m M S 2. Urina nas calças/fraldas			N m M S 12. Bate ou magoa os outros		N m M S 21. Exige um ambiente sempre idêntico, imutável
N m M S 3. Suja as calças/fraldas			N m M S 13. Tem comportamentos destrutivos		N m M S 22. Frequentemente agitado
N m M S 4. Diarreia			N m M S 14. Sensível aos sons		N m M S 23. Não é sensível à dor
N m M S 5. Prisão de ventre			N m M S 15. Ansioso/medroso		N m M S 24. “Enganchado” ou fixo em certos objectos/assuntos
N m M S 6. Problemas de sono			N m M S 16. Infeliz/chora		N m M S 25. Movimentos repetitivos (auto estimula-se, balanceia-se, etc.)
N m M S 7. Come demais/muito pouco			N m M S 17. Convulsões		
N m M S 8. Tem uma dieta extremamente limitada			N m M S 18. Discurso obsessivo		
N m M S 9. Hiperactivo			N m M S 19. Rotinas rígidas		
N m M S 10. Letárgico (apático, sem energia)					

(Tradução: Leitão, 2001. Revisão: Leitão, 2012).

Síndromes tóxicas por neurolépticos

Protocolo clínico



Alan Indio Serrano
Tadeu Lemos
Noemia Liege M. da Cunha Bernardo
Guilherme Mello Vieira
Rosalie Kupka Knoll
Anna Paula G. Macarini
e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Vários tranquilizantes maiores (neurolépticos), típicos e atípicos, podem gerar efeitos colaterais derivados do bloqueio da dopamina ou sua depleção nos gânglios basais, na forma de liberação extrapiramidal³²⁸.

Eventualmente tais efeitos colaterais podem ocorrer também com outros agentes não antipsicóticos, incluindo alguns antidepressivos^{329, 330}, vários anticonvulsivantes, antieméticos (metoclopramida e bromoprida) e, mais raramente, com alguns contraceptivos orais e com lítio. A liberação extrapiramidal causados por esses agentes são indistinguíveis de efeitos colaterais induzidos por neurolépticos.

Os sintomas e sinais neuromusculares das síndromes extrapiramidais incluem manifestações agudas, como discinesia, distonia (espasmos contínuos e contrações musculares), hipertonia, acinesia e acatisia. Incluem manifestações tardias e crônicas, após anos de uso do fármaco, como a discinesia

³²⁸ DELL'OSSO, Mario Catena, et al. Newer antipsychotics and the rabbit syndrome. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**: CP & EMH 3 (2007): 6. PMC. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1914060/#!po=2.77778>>.

³²⁹ MADHUSOODANAN, S., et al. Extrapiramidal symptoms associated with antidepressants—A review of the literature and an analysis of spontaneous reports. **Annals of Clinical Psychiatry**, 2010; 22(3):148-156. Disponível em: <<https://www.aacp.com/Pages.asp?AID=8867&issue=August%202010&page=C&UID=>>.

³³⁰ MOOSAVI, S. M., et al. Acute Dystonia due to Citalopram Treatment: A Case Series. **Global Journal of Health Science**, Vol. 6, No. 6; 2014. Disponível em: <<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/viewFile/36425/22823>>.

tardia e parkinsonismo (rigidez, bradicinesia, e tremor)³³¹. Bruxismo noturno (rangendo os dentes a ponto de gastá-los) e tremores periorais e dos músculos da língua (ditas “síndrome do coelho”) podem ocorrer também.

A síndrome serotoninérgica pode ocorrer como resultado de intoxicação, abuso, dose excessiva ou sensibilidade pessoal a neurolépticos, manifestando-se por aumento da frequência cardíaca, tremores, sudorese, pupilas dilatadas, mioclonia (tremor intermitente ou espasmos).

Quadros mais graves podem gerar síndrome neuroléptica maligna, marcada por febre de origem central, que é incomum, mas letal.

Os clínicos deve ser capaz de reconhecer estes efeitos colaterais e ser capaz de determinar se tais casos foram induzidos por antipsicóticos ou não.

Os fármacos antipsicóticos são de grande benefício para uma variedade de distúrbios psiquiátricos, incluindo a esquizofrenia e a doença bipolar, mas todos são associados com uma ampla gama de potenciais efeitos adversos. Estes efeitos podem prejudicar a qualidade de vida, causa do estigma, levam a baixa adesão à medicação, causar morbidade física e, em casos extremos, ser fatal.

Apesar dos problemas metodológicos na avaliação e interpretação de dados de tolerabilidade, existem diferenças importantes entre os antipsicóticos atípicos no risco relativo de sintomas extrapiramidais agudos (risco mais elevado: altas doses de risperidona), hiperglicemia e dislipidemia (risco mais elevado: clozapina e olanzapina), hiperprolactinemia (maior risco: amisulpride e risperidona), prolongamento do corrigido-freqüência cardíaca com intervalo QT (maior risco: ziprasidona e sertindole) e ganho de peso (risco mais elevado: clozapina e olanzapina).

Efeitos colaterais dos antipsicóticos em diferentes sistemas de neurotransmissão

1. Dopamina

- D2 Efeitos extrapiramidais e endócrinos (disfunção sexual, galactorréia, ginecomastia, alterações menstruais)

2. Histamina

- H1 Sedação, ganho de peso

3. Norepinefrina

- alfa-1 Hipotensão postural, vertigem, taquicardia reflexa
- alfa-2 Bloqueio do efeito hipotensor de clonidina, metil- dopa

4. Acetilcolina

- M1 Redução de sintomas extrapiramidais, boca seca, visão turva, obstipação intestinal, retenção urinária, distúrbio de memória, exacerbação de glaucoma de ângulo fechado, arritmias cardíacas

5. Serotonina

- 5HT1 Aumento de apetite, ganho de peso
- 5HT2 Redução de sintomas extrapiramidais
- 5HT3 Efeito antiemético

(Adaptado de Richelson, 1996. Apud Louzã Neto, 1998)

Sedação, sintomas antimuscarínicas, hipotensão postural, agranulocitose e convulsões são mais comuns com a clozapina do que com outros

³³¹ BLAIR, D.T.; DAUNER, A. Extrapyrimal symptoms are serious side-effects of antipsychotic and other drugs. **Nurse Pract.** 1992 Nov;17(11):56, 62-4, 67. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1359485>>.

antipsicóticos atípicos. A variação em sua tolerabilidade sugere que é equivocado considerar os antipsicóticos atípicos como uma classe de drogas uniforme, e também significa que o termo "antipsicótico atípico" só tem utilidade limitada. As declarações gerais que comparam o risco relativo de efeitos adversos específicos entre antipsicóticos "atípicos" e "convencionais" são em grande parte sem sentido, pois as comparações devem ser feitas caso a caso, fármaco com fármaco³³².

As principais síndromes extrapiramidais, capazes de causar quadros de urgência, e sua relação com fármacos, estão listadas no quadro abaixo:

Síndromes por efeitos colaterais e seus agentes causais

Parkinsonismo	Neurolépticos; Antieméticos; Tetrabenazina; Reserpina; Alfametildopa; Flunarizina; Cinarizina; Verapamil; Valproato; Lítio
Discinesia tardia	Neurolépticos; Antieméticos; Antidepressivos tricíclicos
Coreia	Anfetaminas; Cocaína; Anticolinérgicos; Anticonvulsivantes (em especial a fenitoína); Antidepressivos tricíclicos; Contraceptivos orais
Reação distônica aguda	Neurolépticos; Antieméticos; Cocaína
Acatisia	Neurolépticos; Antieméticos; Reserpina; Tetrabenazina
Tremor	Neurolépticos; Antieméticos; Antidepressivos tricíclicos; Inibidores seletivos da recaptação de serotonina; Lítio; Ácido valproico; Amiodarona; Procainamida; Ciclosporina; Interferon; Tamoxifeno
Miclonias	Neurolépticos; Anticonvulsionantes (fenitoína, carbamazepina, ácido valproico, gabapentina, lamotrigina); Lítio; Antidepressivos tricíclicos; Inibidores seletivos da recaptação de serotonina; Inibidores da monoamina-oxidase; Bloqueadores dos canais de cálcio; Morfina; Fentanil; Levodopa; Bromocriptina; Propafenona; Carvedilol

³³² HADDAD, P.M.; SHARMA, S.G. Adverse effects of atypical antipsychotics : differential risk and clinical implications. **CNS Drugs**, 2007, 21(11):911-936. Disponível em: <<http://europemc.org/abstract/MED/17927296>>.

Os efeitos adversos são geralmente dose-dependentes e podem ser influenciados por características do paciente, incluindo idade e sexo. Com frequência, observa-se que a troca por outro antipsicótico provoca uma mudança do perfil de efeitos indesejados, e não a supressão dos mesmos. Assim, deve-se escolher o menos desastroso para o sujeito. O clínico deve estar sensível para as dificuldades particulares de seu paciente, e selecionar o medicamento com maior efeito antipsicótico e menor desconforto e risco³³³.

Os efeitos colaterais dos neurolépticos, assim como os efeitos terapêuticos, decorrem do bloqueio pós-sináptico de receptores nos diferentes sistemas de neurotransmissão. Alguns dos efeitos mais indesejáveis ocorrem agudamente, logo ao início do tratamento (p. ex., distonia aguda) enquanto outros vão aparecer gradualmente, com o uso continuado do antipsicótico (p. ex., discinesia tardia).

Os pacientes e seus familiares devem ser esclarecidos, desde o início do tratamento, de que não existe a droga perfeita, de que a vantagem sobre um sintoma pode significar desvantagem sobre outro.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

G21 Parkinsonismo secundário

G21.0 - Síndrome maligna dos neurolépticos

G21.1 - Outras formas de parkinsonismo secundário induzido por drogas

G24 Distonia

G24.0 - Distonia induzida por drogas

G25 Outras doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos

G25.1 Tremor induzido por drogas

G25.6 Tiques induzidos por droga e outros tipos de origem orgânica

T42 Intoxicação por antiepilépticos, sedativos-hipnóticos e antiparkinsonianos

T43 Intoxicação por drogas psicotrópicas não classificadas em outra parte

T43.0 Intoxicação por antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos

T43.2 Intoxicação por outros antidepressivos e os não especificados

T43.3 Intoxicação por antipsicóticos e neurolépticos derivados da fenotiazina

T43.4 Intoxicação por neurolépticos do tipo butirofenona e tioxanteno

T43.5 Intoxicação por outros antipsicóticos e neurolépticos e os não especificados

3. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

3.1 Efeitos colaterais leves dos neurolépticos relacionados à dose

Os efeitos colaterais leves dos neurolépticos relacionados à dose são bastante comuns. Incluem sensação de relaxação e de fraqueza, lentificação, e certo grau de apatia. Estes efeitos podem ser confundidos com depressão, ou com o isolamento e a apatia, próprios da esquizofrenia. Os pacientes que necessitam de associações de neurolépticos e antidepressivos devido à depressão delirante podem apresentar dificuldade de avaliação, porque tais efeitos neurolépticos podem simular os sintomas da depressão. Tais efeitos colaterais são uma das muitas razões pelas quais os neurolépticos não são indicados na depressão sem características psicóticas e pelas quais as drogas com associações fixas de

³³³ ABREU, P. B; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, May 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500014&lng=en&nrm=iso>.

antidepressivos com neurolépticos não devem ser prescritas de rotina³³⁴. O **tratamento** consiste em reduzir a dose de neuroléptico à menor dose eficaz.

3.2 Efeitos colaterais anticolinérgicos leves

São efeitos também comuns, incluindo boca seca, visão turva de perto, e constipação. Ocorrem mais com tioridazina e clorpromazina. Em menor extensão ocorrem com outros neurolépticos de baixa potência. Agentes de potência muito alta, como o haloperidol têm apenas fracas propriedades anticolinérgicas. Raramente outros neurolépticos além da tioridazina causam síndromes anticolinérgicas graves por si próprios, exceto em pacientes idosos. Tais síndromes ocorrem mais frequentemente no contexto de polifarmácia, com agentes anticolinérgicos adicionais, como agentes antiparkinsonianos, antidepressivos cíclicos, anti-histamínicos ou hipnóticos³³⁵. Quando são prescritos neurolépticos juntamente com antidepressivos cíclicos, geralmente não há indicação para terapia antiparkinsoniana adicional. O tratamento se faz pela suspensão do medicamento ou pela alteração de sua dosagem.

3.3 Síndrome serotoninérgica

A síndrome serotoninérgica apresenta alterações mentais, distúrbios do sistema nervoso autônomo, excitação neuromuscular, manifestações neurológicas e hipertermia. As alterações das funções vitais incluem pressão arterial lábil, hipertermia, taquicardia e taquipnéia. Midríase e sialorreia também podem ocorrer.

Da mesma forma, na síndrome neuroléptica maligna há rigidez muscular, hipertermia, alterações do estado mental, e instabilidade autonômica. Portanto, deve-se diferenciar uma da outra.

Na maioria dos casos relatados de síndrome da serotonina ocorre em pacientes que usam múltiplas drogas serotoninérgicas ou que sofreram exposição considerável a uma única droga com maior concentração de serotonina. Os agonistas da serotonina geralmente adicionados a neurolépticos, nestes casos, são: antidepressivos tricíclicos (ADT), inibidores da monoamina oxidase (IMAO), inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), inibidores seletivos da recaptação de serotonina-norepinefrina (ISRS, como a venlafaxina e a duloxetine), triptanos, trazodona, nefazodona, L-triptofano, meperidina, buspirona, carbamazepina, mirtazapina, tramadol, linezolida, e metilenodioximetanfetamina (MDMA ou ecstasy).

Os exames laboratoriais podem mostrar aumento de creatina quinase (CK), rabdomiólise (em 27% dos casos) e leucocitose (em 8% dos casos). A rabdomiólise avançada, a insuficiência renal e a mioglobínúria por necrose muscular são raras, mas podem ocorrer (em 4% dos casos)³³⁶.

³³⁴ HYMAN, S. E. Capítulo 24 - Efeitos Colaterais Tóxicos dos Medicamentos Psicotrópicos e seu Manejo. In: HYMAN, Steven E.; TESAR, George E. **Manual de Emergências Psiquiátricas**, 3ª Ed. Medsi, 1994. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/psiquiat/livro1/cap/cap24.htm>>.

³³⁵ HYMAN, S. E. Capítulo 24 - Efeitos Colaterais Tóxicos dos Medicamentos Psicotrópicos e seu Manejo. In: HYMAN, Steven E.; TESAR, George E. **Manual de Emergências Psiquiátricas**, 3ª Ed. Medsi, 1994. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/psiquiat/livro1/cap/cap24.htm>>.

³³⁶ STERNBACH, H. The serotonin syndrome. **The American Journal of Psychiatry**, Vol 148(6), Jun 1991, 705-713. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2035713>>.

As alterações do estado mental ocorrem em cerca de 85% dos pacientes, com sintomas que variam de ansiedade, agitação, humor e afeto mudanças, até *delirium* e coma.

Os critérios de Sternbach para o diagnóstico são:

- a) Adição recente ou aumento de um agente serotoninérgico conhecido;
- b) Ausência de outras possibilidades etiológicas (infecção, uso de drogas ilícitas ou outros remédios, etc.);
- c) Ausência de adição ou de aumento de um agente neuroléptico;
- d) Ao menos três dos seguintes sintomas: mudanças no estado mental (confusão, hipomania, etc.), agitação, mioclonia, hiperreflexia, diaforese, tremores, diarreia, incoordenação, febre.

Um diagnóstico neurológico pode ser feito utilizando-se os Critérios de Toxicidade Serotoninérgica de Hunter (Hunter Serotonin Toxicity Criteria [HSTC]), em que o clonus é uma das principais características diagnósticas. O clonus é uma contração muscular reflexa produzida por uma extensão brusca do tendão de um determinado músculo, ocorrendo devido a uma exaltação da atividade reflexa miotática, decorrente de desequilíbrios entre os sistemas facilitador e inibidor. Os critérios exigem a presença de uma das seguintes características clássicas ou grupos de características^{337, 338}:

- a) clonus espontâneo;
- b) clonus induzido com agitação ou transpiração profusa;
- c) clonus ocular com agitação ou com transpiração profusa;
- d) tremor com hiperreflexia;
- e) hipertonia com elevação de temperatura e com clonus ocular;
- f) tremor, ou hipertonia, ou hiperreflexia, com temperatura acima de 38°C.

Os casos de síndrome serotoninérgica, na maioria das vezes, são leves e podem ser tratados com a retirada do fármaco causador, repouso e cuidados de suporte.

As benzodiazepinas podem ser utilizadas para tratar a agitação e tremor. Ciproheptadina pode ser usado como um antídoto.

Pacientes em casos moderados ou graves necessitam de hospitalização breve. Pacientes criticamente doentes podem exigir paralisia neuromuscular, sedação e intubação. Se a síndrome da serotonina for reconhecida cedo, e as complicações forem bem administradas, o prognóstico é favorável.

3.4 Síndrome neuroléptica maligna

A síndrome maligna dos neurolépticos é uma manifestação potencialmente fatal do uso de antipsicóticos. Manifesta a sintomas que incluem alterações mentais, rigidez muscular (muitas vezes de aspecto catatônico), febre e disfunção autonômica³³⁹. É uma reação rara, mas potencialmente fatal. Ocorre em cerca de 0,2% dos doentes tratados com neurolépticos. Os fatores de risco incluem episódios anteriores, desidratação e agitação, além de características da taxa e da via

³³⁷ DUNKLEY, E.J.C. The Hunter Serotonin Toxicity Criteria: simple and accurate diagnostic decision rules for serotonin toxicity. **QJM International Journal of Medicine**, Vol. 96, Issue 9, 2003, p. 635 – 642. Disponível em: <<http://qjmed.oxfordjournals.org/content/96/9/635>>.

³³⁸ ABLES, A.Z.; NAGUBILLI, R. Prevention, recognition, and management of serotonin syndrome. **Am Fam Physician**, 2010 May 1;81(9):1139-42. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20433130>>.

³³⁹ ANBALAGAN, E. et al. Rechallenging Clozapine After Neuroleptic Malignant Syndrome. **Psychiatric Quarterly**, September 2014, Volume 85, Issue 3, pp 345-348. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11126-014-9291-9>>.

de administração dos neurolépticos (doses altas, eventualmente em apresentações injetáveis de liberação lenta).

Critérios padronizados para o diagnóstico enfatizam os sinais clássicos de hipertermia, rigidez muscular, alterações do estado mental, e disfunção autonômica. A síndrome dura de 7 a 10 dias em casos simples, em que o paciente tomava neurolépticos orais.

As características clínicas da síndrome maligna dos neurolépticos incluem o seguintes sintomas: diaforese, disfagia, tremor, incontinência, pressão arterial lábil, palidez, dispnéia, agitação psicomotora, rigidez, hipertermia, taquicardia, andar arrastado, *delirium* progredindo para letargia, estupor e coma.

O perfil da síndrome neuroléptica maligna por antipsicóticos de segunda geração (olanzapina, risperidona, ziprazidona, por exemplo, incluindo aripiprazol³⁴⁰) parece ser semelhante à dos neurolépticos de primeira geração (haloperidol e fenotiazinas, por exemplo)³⁴¹. Uma possível exceção é síndrome maligna induzida por clozapina³⁴², que é menos provável do que a induzida por outros antipsicóticos de segunda geração, no tocante à rigidez.

Os sintomas podem durar até um mês, havendo leucocitose, acidose metabólica, e urina escura, amarelo-marrom, em função da rabiomiólise (destruição de miócitos esqueléticos) e de libertação de mioglobina para a corrente sanguínea. Este fenômeno pode causar falência renal.

O tratamento deste efeito colateral imprevisível varia substancialmente de um centro para outro, embora seja geralmente baseado em remoção do agressor medicamento antipsicótico e cuidados de suporte em uma unidade de terapia intensiva³⁴³.

O tratamento consiste principalmente de reconhecimento precoce, suspensão dos medicamentos desencadeantes, gestão de balanço hídrico, redução de temperatura e monitoramento de complicações.

Os agonistas da dopamina e relaxantes do músculo esquelético são tratamentos farmacológicos úteis: bromocriptina ou amantadina são utilizados para neutralizar o bloqueio da dopamina, dantroleno é um relaxante do músculo esquelético usado para diminuir a rigidez.

O uso de agonistas dopaminérgicos, ou dantrolene, ou ambos, devem ser considerado, dependendo da gravidade dos sintomas. Esta medida pode ser indicada em casos mais graves, prolongados ou refratários.

O dantrolene é usado nas doses de 0,8 a 2,5mg/Kg IV de 6/6h ou em infusão contínua. Seus efeitos colaterais mais comuns incluem sonolência, tontura, fadiga, rash, diarreia, vômito e fraqueza muscular. A bromocriptina na dose de 5mg VO de 2 a 4 vezes ao dia. Pode-se adicionar benzodiazepínicos (diazepam 5 a

³⁴⁰ MIRZA, S. Neuroleptic Malignant Syndrome Secondary To Aripiprazole. **B56. Neurocognitive and neuromuscular issues in the ICU**, May 1, 2013, A3128-A3128. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrcm-conference.2013.187.1_MeetingAbstracts.A3128>.

³⁴¹ TROLLOR, J.N.; CHEN, X.; CHITTY, K.; SACHDEV, P.S. Comparison of neuroleptic malignant syndrome induced by first- and second- generation antipsychotics. **British Journal of Psychiatry** 2012; 201: 52-56. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/201/1/52.full.pdf+html>>.

³⁴² KAMIŞ, G. Z. et al. A case of clozapine intoxication presenting with atypical NMS symptoms. **International Journal of Neuropsychopharmacology**, Volume 17, Issue 5, 01 May 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1461145713001624>. Disponível em: <<http://ijnp.oxfordjournals.org/content/17/5/819.article-info>>.

³⁴³ ORUCH, R. Psychosis and Antipsychotics: A Short Résumé. **Austin J Pharmacol Ther**. 2014; 2 (7).3 Disponível em: <<http://austinpublishinggroup.com/pharmacology-therapeutics/fulltext/ajpt-v2-id1037.php>>.

10mg VO de 3/3h ou lorazepam), amantadina, 100 mg VO 2 vezes ao dia e levodopa, de acordo com a necessidade do paciente³⁴⁴.

Na maioria dos casos, os sintomas se resolvem em 1 ou 2 semanas, sendo descrita uma taxa de mortalidade em torno de 10% a 20%¹⁴.

O neuroléptico pode ser reintroduzido com segurança na gestão da maioria dos doentes recuperados de um episódio de síndrome neuroléptica maligna. Há, porém, risco significativo de recorrência, dependendo em parte do tempo decorrido desde a recuperação, da potência e da dose do neuroléptico utilizado³⁴⁵. Uma suspensão (*washout*) de 2 semanas de neurolépticos minimiza a chance de recorrência³⁴⁶.

O diagnóstico precoce, a cessação de medicamentos neurolépticos, a pronta intervenção médica, e a consideração de remédios específicos são a base do manejo. No entanto, a vigilância deve ser mantida, com observação e cuidados preventivos, pois há aspectos ainda obscuros da síndrome neuroléptica maligna³⁴⁷.

3.5 Hiperprolactinemia em mulheres usando neurolépticos

A elevação dos níveis séricos de prolactina é um dos efeitos colaterais dos neurolépticos, em algumas mulheres³⁴⁸, ampliando as disfunções sexuais típicas de muitos quadros psicóticos³⁴⁹. Para prevenir ou aliviar esta condição, é necessário adaptar um regime de droga antipsicótica para cada paciente, a partir da observação dos efeitos. O risco de hiperprolactinemia pode ser minimizado pela utilização da menor dose eficaz do agente antipsicótico. Se os efeitos da prolactina são evidentes, o fármaco pode ser alterado para outro agente ao qual haja menos susceptibilidade.

Níveis séricos de prolactina foram estudados antes e durante a administração a longo prazo de fenotiazinas já nos anos de 1970³⁵⁰, tendo-se agregado estudos sobre outros neurolépticos, nas últimas quatro décadas³⁵¹.

³⁴⁴ PROTÓGENES, M. Distúrbios do movimento induzidos por drogas. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2010;9(1):55-62. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=152>.

³⁴⁵ CAROFF, S.N.; MANN, S.C. The neuroleptic malignant syndrome. **The Medical Clinics of North America**, 1993, 77(1):185-202. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/8093494>> .

³⁴⁶ PERRY, P. J. Serotonin syndrome vs neuroleptic malignant syndrome: A contrast of causes, diagnoses, and management. **Annals of Clinical Psychiatry** 2012;24(2):155-162. Disponível em: <<https://www.aacp.com/Pages.asp?AID=10415&issue=May%202012&page=C&UID=>>.

³⁴⁷ CAROFF, S.N., et al. Neuroleptic malignant syndrome. **Current Clinical Neurology**, 2013, pp 43-57. Disponível em : <http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-60761-835-5_4>.

³⁴⁸ BOSTWICK, J.R.; GUTHRIE, S.K.; ELLINGROD, V.L. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia. **Pharmacotherapy** 2009; 29: 64–73. Disponível em: <<http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/90238/phco.29.1.64.pdf?sequence=1> >.

³⁴⁹ De HERT, M. et al. Second-generation and newly approved antipsychotics, serum prolactin levels and sexual dysfunctions: a critical literature review. **Expert Opinion on Drug Safety**. May 2014, Vol. 13, No. 5 , Pages 605-624 (doi:10.1517/14740338.2014.906579). Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1517/14740338.2014.906579>>.

³⁵⁰ MELTZER, H.Y.; FANG, V.S. The Effect of Neuroleptics on Serum Prolactin in Schizophrenic Patients. **Arch Gen Psychiatry**. 1976;33(3):279-286. doi:10.1001/archpsyc.1976.01770030003001. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=491506>>.

³⁵¹ SHRIVASTAVA, A. et al. Baseline Serum Prolactin in Drug-naive, First-episode Schizophrenia and Outcome at Five Years: Is it a Predictive Factor? **Innovations in Clinical Neuroscience**, 2012;9(4):17-21. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3366455/#!po=3.33333>>.

Níveis mais altos de prolactina resultam de maior exposição a doses grandes, especialmente com antipsicóticos mais antigos ou com a risperidona, o sulpiride e a amisulprida.

Galactorreia, ginecomastia, alterações menstruais e disfunção sexual, incluindo problemas de hipogonadismo e fertilidade são conseqüências de prolactina elevada. Teoricamente, também podem ocorrer efeitos sobre a desmineralização óssea, em longo prazo. Aparentemente os pacientes mais jovens seriam mais suscetíveis a hiperprolactinemia³⁵².

3.6 Efeitos colaterais extrapiramidais comuns

3.6.1 Liberação extrapiramidal

Os efeitos extrapiramidais agudos bastante comuns incluem parkinsonismo, distonia e acatisia. Acatisias graves podem levar o paciente a sentir-se ansioso ou irritado e podem resultar em atos auto ou hétero agressivos.

Em processos de longo prazo, podem surgir alterações de movimento irreversíveis, chamadas discinesia tardia, o efeito secundário neurológico mais problemático.

A ocorrência de liberação extrapiramidal é dependente da dose e de suscetibilidades individuais. Ocorre em até 60% dos doentes tratados com neurolépticos típicos, se não forem tomadas medidas preventivas, pela prescrição de biperideno.

Os neurolépticos atípicos podem gerar, também, liberação extrapiramidal, mas os seus efeitos colaterais mais incômodos e frequentes são a síndrome metabólica, a hiperfagia, a tendência à obesidade e o diabetes.

Os efeitos adversos associados com os antipsicóticos pode levar ao abandono ou à interrupção de tratamento e, como tal, aumentar a taxa de recaída e de reospitalização durante o curso da doença.

Escalas para a avaliação dos efeitos extrapiramidais, a partir de publicação de Louzã Neto³⁵³, estão no anexo, ao final deste texto.

Os quadros extrapiramidais são os seguintes³⁵⁴:

a) *Distonia aguda*

Nas primeiras 48 horas de uso de antipsicóticos. Ocorrem movimentos espasmódicos da musculatura do pescoço, boca, língua e às vezes um tipo de opistótono com crises oculógiras.

b) *Reações parkinsonóides*

Após a primeira semana de uso de antipsicótico. Há um tremor de extremidades, discreta hipertonia com rigidez muscular, hipercinesia e *facies* inexpressiva. Pode haver desaparecimento dos sintomas após 3 meses de utilização do neuroléptico, como por tolerância ao uso.

c) *Acatisia*

³⁵² COOKSON, J. et al. Prolactin, hyperprolactinaemia and antipsychotic treatment: a review and lessons for treatment of early psychosis. **J Psychopharmacol**, May 2012 vol. 26 no. 5 suppl 42-51. Disponível em: <http://jop.sagepub.com/content/26/5_suppl/42.short>.

³⁵³ LOUZÃ Neto, M. R. Escalas de avaliação de efeitos colaterais de antipsicóticos. **Rev. psiquiatr. clín.** (São Paulo);25(6):357-67, nov. dez. 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/psi256e.htm>>.

³⁵⁴ Uma descrição didática breve e introdutória pode ser encontrada em BALLONE, G.J. PsiquWeb. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimp.aspx?area=ES/VerDicionario&idZDicionario=318>>.

Após o terceiro dia de uso da medicação. Há inquietação psicomotora, desejo incontrolável de movimentar-se e sensação interna de tensão. O paciente assume uma postura típica de levantar-se a cada instante, andar de um lado para outro e, quando compelido a permanecer sentado, não para de mexer suas pernas. A acatisia pode não responder bem aos anticolinérgicos ou ansiolíticos. Frequentemente é necessária a diminuição da dose ou a mudança para outro tipo de antipsicótico.

d) *Discinesia tardia*

É rara e ocorre após o uso crônico de antipsicóticos, geralmente por mais de dois anos. Há movimentos involuntários, principalmente da musculatura oro-língua-facial (síndrome do coelho), ocorrendo protrusão da língua com movimentos de varredura látero-lateral, acompanhados de movimentos sincrônicos da mandíbula. O tronco, os ombros e os membros também podem apresentar movimentos discinéticos. A discinesia tardia não responde bem a qualquer tratamento conhecido.

3.6.2 Prevenção e tratamento das síndromes extrapiramidais

A prevenção é feita com biperideno por via oral, geralmente na dose de 1 a 2 mg (meio a um comprimido) por dia.

O tratamento da síndrome extrapiramidal em pronto-socorro é feito com anticolinérgicos orais ou injetáveis, como o biperideno, na dose de 2 mg, intramuscular. É tratamento altamente eficaz, em poucos minutos, para o quadro agudo. Também dão bons resultados a prometazina, o trihexafenidil e mesmo os benzodiazepínicos, pela via intramuscular. O biperideno não deve ser utilizado por via endovenosa, pois causa efeito psíquico intenso e predispõe à dependência.

Com a exceção da discinesia tardia, os sintomas extrapiramidais derivados de neurolépticos podem ser resolvidos pela interrupção do tratamento com o fármaco, ou pela adição de biperideno. A descontinuação do tratamento antipsicótico coloca o paciente em risco de recidiva dos sintomas. Pode-se usar, então, biperideno.

Anexo I

Escalas para Mensuração de Efeitos Colaterais de Neurolépticos

Escala de Avaliação de Efeitos Extrapiramidais (Simpson e Angus, 1970)

A Simpson-Angus (Escala de efeitos extrapiramidais, Simpson e Angus, 1970) é uma escala para avaliar efeitos extrapiramidais agudos. É composta de 10 itens com uma classificação de gravidade de zero (ausente) a 4 (grave). Cada item traz a instrução para avaliação do sintoma, bem como a especificação para avaliação da gravidade. O escore final é obtido pela soma dos itens, indicando a gravidade dos sintomas extrapiramidais. Estudos de confiabilidade inter-avaliadores mostraram correlação que variava de 0,52 a 0,87, conforme o item; a correlação do escore total foi de 0,87 (variação: de 0,71 a 0,96) (anexo 1). Análise fatorial (PCA) demonstrou haverem quatro fatores principais: rigidez, hipersalivação, reflexo glabellar e tremor, responsáveis por 68% da variância total.

1. Marcha

O paciente é examinado andando no consultório. A nota está baseada na marcha, balanço dos braços e postura. É avaliada da seguinte maneira:

0 Normal

1 Diminuição do balanço enquanto anda

2 Diminuição do balanço e rigidez dos braços

3 Marcha rígida com braços anteriores ao abdômen

4 Marcha em bloco, com movimento para frente e para trás

2. Queda dos Braços

O paciente e o médico elevam os braços na altura dos ombros e deixam-nos cair. Em indivíduos normais se ouve um som alto quando os braços batem no corpo. No paciente com parkinsonismo os braços caem lentamente.

0 Normal, queda livre provoca som alto e ressalta.

1 Queda ligeiramente lentificada, contato menos audível, pequeno ressalto.

2 Queda lentificada, sem ressalto.

3 Lentificação acentuada, não se ouve o contato.

4 Braços caem como se houvesse resistência, por exemplo através de cola

3. Balanço dos Ombros

O braço do paciente é flexionado em ângulo reto no cotovelo. O examinador segura com uma mão a mão do paciente e com a outra segura o cotovelo do paciente. O antebraço do paciente é empurrado para frente e para trás e o úmero é rodado externamente. O grau de resistência é avaliado da seguinte maneira:

0 Normal.

1 Rigidez e resistência leve

2 Rigidez e resistência moderada

3 Rigidez importante com dificuldade a movimentação passiva

4 Rigidez extrema com ombro praticamente congelado

4. Rigidez do Cotovelo

A articulação do cotovelo é segurada em ângulo reto e estendida e fletida passivamente, o bíceps do paciente deve ser observado e palpado. A resistência a esse procedimento é avaliada. (A presença de roda denteada deve ser anotada separadamente.) Notas de 0-4 igual ao item 3.

5. Rigidez do Punho

O punho deve ser segurado por uma mão e os dedos por outra. Deve ser estendido, flexionado, desviado para face ulnar e radial. A resistência é avaliada como nos itens 3 e 4.

6. Pêndulo das Pernas

O paciente senta sobre uma superfície com suas pernas penduradas, balançando livremente. O tornozelo deve ser elevado até que o joelho fique estendido. Então deve ser solto e cair. A resistência à queda e a falta de balanço devem ser avaliadas.

- 0 Pernas balançam livremente
- 1 Leve diminuição do balanço das pernas
- 2 Moderada resistência ao balanço
- 3 Resistência importante e diminuição do balanço
- 4 Ausência de balanço

7. Queda da Cabeça

O paciente deita sobre uma superfície macia e sua cabeça é segurada pelo examinador. A mão é retirada e a cabeça solta. Em um indivíduo normal a cabeça cai, no distúrbio extrapiramidal o movimento é retardado e no parkinsonismo grave, é ausente.

- 0 A cabeça cai e colide na superfície.
- 1 Leve lentificação ao cair, notada pela diminuição do som ao colidir na superfície.
- 2 Lentificação moderada observada.
- 3 Queda da cabeça rígida e lenta.
- 4 A cabeça não atinge a superfície.

8. Toque na Glabella

O paciente deve abrir os olhos e não piscar. A região da glabella é tocada várias vezes. O número de piscadas deve ser avaliado.

- 0 0-5 piscadas.
- 1 6-10 piscadas.
- 2 11-15 piscadas.
- 3 16-20 piscadas
- 4 Mais de 21 piscadas.

9. Tremor

O paciente é visto caminhando e então é reexaminado para este item

- 0 Normal.
- 1 Tremor nos dedos suaves, óbvios ao toque e à visão.
- 2 Tremor da mão e do braço ocorrendo espasmodicamente.
- 3 Tremor persistente de um ou mais membros.
- 4 Tremor em todo corpo.

10. Salivação

O paciente é observado enquanto fala e é pedido para que abra a boca e eleve a língua.

- 0 Normal.
- 1 Excesso de salivação de maneira que se observa depósitos quando se abre a boca e se eleva a língua.
- 2 Excesso de salivação resulta ocasionalmente em dificuldade para falar.
- 3 Fala com dificuldade devido ao excesso de salivação.
- 4 Francamente salivando ("babando").

Escala de movimentos involuntários anormais (AIMS) (Guy 1976)

A AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale; Guy, 1976) avalia a discinesia tardia. É composta de 10 itens com gradação de zero (ausente) a 4 (grave). O escore total é obtido pela soma dos itens. A avaliação deve levar em conta a presença de prótese dentária e as condições da dentição do paciente, as quais poderiam acarretar movimentos bucais involuntários. Vem acompanhada dos procedimentos de exame, mas não tem descrição para caracterização da gravidade do sintoma.

Antes e depois de examinar o paciente, observe-o em situação natural (p. ex. na sala de espera). A cadeira utilizada no exame deve ser firme, sem braços. Após observar o(a) paciente, ele (ela) deve ser avaliado(a) numa escala de 0 (ausente), 1 (mínimo), 2 (leve), 3 (moderado) e 4 (grave) de acordo com a gravidade dos sintomas. Pergunte ao(à) paciente se há algo na boca dele (dela) (p. ex., chicletes, bala) e peça que o remova. Pergunte ao(à) paciente sobre as condições da dentição dele (dela). Pergunte se usa próteses dentárias. Os dentes ou a prótese incomodam o(a) paciente no momento?

1. Pergunte ao(à) paciente se ele (ela) percebe algum movimento em sua boca, sua face, suas mãos ou seus pés. Se a resposta for sim, peça que descreva o movimento e o quanto ele interfere em suas atividades ou o incomoda.
2. Peça que o(a) paciente se sente na cadeira com as mãos sobre os joelhos, as pernas levemente abertas e pés firmemente no chão (observe movimentos do corpo inteiro do paciente nesta posição).

3. Peça que o(a) paciente para sentar-se com os braços pendentes, sem apoio (observe as mãos e outras partes do corpo).
4. Peça que o(a) paciente para abra a boca (observe a língua em repouso dentro da boca). Faça isso duas vezes.
5. Peça que o(a) paciente coloque a língua para fora da boca (observe anormalidades de movimentos da língua). Faça isso duas vezes.
6. Peça que o(a) paciente toque o polegar com cada dedo, tão rápido quanto possível, por 10-15 segundos; cada mão em separado (observe os movimentos da face e das pernas).
7. Faça a flexão e extensão dos braços esquerdo e direito do(a) paciente (um de cada vez).
8. Peça ao paciente para levantar-se (observe-o de perfil, observe todas as partes do corpo, inclusive quadril).
9. *Peça paciente estenda ambos os braços à frente, com as palmas das mãos para baixo (observe tronco, pernas e boca).
10. *Peça ao paciente que dê alguns passos, se vire e volte para a cadeira (observe mãos e marcha). Faça isso duas vezes.

*Movimentos ativados

Escala de Avaliação de Acatisia (Barnes, 1989)

A Barnes (Escala de acatisia de Barnes, Barnes, 1989) é uma ferramenta para avaliar efeitos extrapiramidais agudos. Trata-se de uma escala simples, de fácil aplicação, voltada exclusivamente para a avaliação da acatisia. Tem 3 itens: 1. avaliação objetiva (de 0 = ausente a 3 = acatisia constante); 2. avaliação subjetiva, que consiste de dois sub-itens, percepção da inquietação e desconforto relacionado à inquietação (ambos com gradação de 0 = ausente a 3 = grave) e 3. avaliação global da acatisia (0 = ausente a 5 = grave). Traz a instrução para observação de cada item, bem como a descrição do grau de gravidade do sintoma. A confiabilidade inter-avaliadores varia de 0,73 a 0,95 (x de Cohen).

O paciente deve ser observado enquanto sentado e depois em pé, durante conversa normal (pelo menos 2 min. em cada posição). Sintomas observados em outras situações devem ser considerados. Subseqüentemente, os sintomas subjetivos devem ser questionados.

1. Avaliação objetiva

0 normal, movimentos ocasionais

1 presença de movimentos característicos (< metade do tempo de avaliação)

2 sintomas observados (> metade do tempo de avaliação)

3 movimentos constantes

2. Avaliação subjetiva

2.1. Percepção da inquietação

0 ausência de inquietação

1 inquietação inespecífica

2 paciente percebe a inquietação, a incapacidade de manter as pernas quietas ou o desejo de mover as pernas, e/ou se queixa de inquietação agravada especificamente quando necessita ficar parado

3 percepção da intensa compulsão para mover-se a maior parte do tempo e/ou refere intenso desejo de andar ou marcar passo a maior parte do tempo

2.2. Desconforto relacionado à inquietação

0 ausente

1 leve

2 moderado

3 grave

3. Avaliação global

0 ausente. Sem evidência de inquietação. Observação de movimentos característicos, na ausência de relato subjetivo de inquietação, ou desejo compulsivo de mover as pernas deve ser classificada como pseudoacatisia.

1 questionável. Tensão inespecífica e movimentos inquietos.

2 acatisia leve. Percepção da inquietação nas pernas e/ou inquietação interna, pior quando obrigado a ficar parado. Movimentos inquietos presentes, mas os movimentos característicos da acatisia não são necessariamente observados. Condição causa nenhum ou pouco desconforto.

3 acatisia moderada. Percepção da inquietação, conforme descrito para acatisia leve, combinada com movimentos inquietos, como marcar passo enquanto de pé. Paciente considera a condição desconfortável.

4 acatisia marcada. Experiência subjetiva de inquietação inclui o desejo compulsivo para andar ou marcar passo. No entanto o paciente é capaz de permanecer sentado por pelo menos cinco minutos. A condição é obviamente desconfortável.

5 acatisia grave. Paciente relata compulsão forte para marcar passo a maior parte do tempo. Incapaz de sentar-se ou deitar-se por mais de poucos minutos. Inquietação constante associada com desconforto intenso e insônia.

Escala UKU de Efeitos Colaterais (Lingjaerde et al., 1987)

A UKU (Side effects rating scale, da Ugalg for Kliniske Undersgelser, Lingjaerde et al., 1987) é uma escala detalhada para avaliação de efeitos colaterais medicamentosos compreendendo os seguintes 4 grupos de efeitos colaterais: psíquicos, neurológicos, autonômicos e outros.

Cada item é avaliado numa escala de zero (ausente) a 3 (grave) (há exceções). Para cada item é assinalada a relação causal com a medicação em uso (improvável, possível e provável).

Há também um item de avaliação global da interferência dos efeitos colaterais na performance diário do paciente (0 = sem efeitos colaterais, a 3 = efeitos colaterais interferindo marcadamente no performance), julgado tanto pelo paciente como pelo médico; outro item avalia a consequência da interferência: de 0 = nenhuma ação a 3 = descontinuação da medicação. Tem uma descrição para avaliação de cada item, bem como da gravidade deste.

1. Efeitos Colaterais Psíquicos

1.1 Dificuldade de Concentração

Dificuldade na capacidade para se concentrar, para assimilar idéias ou para manter atenção.

0 Dificuldade de concentração ausente ou duvidosa.

1 O paciente tem maior dificuldade em assimilar idéias, mas não há prejuízo na vida diária.

2 As dificuldades são suficientemente acentuadas para atrapalhar na vida diária.

3 As dificuldades para concentração são óbvias durante a entrevista.

1.2. Astenia/Lassidão/Aumento do Cansaço

A experiência do paciente de cansaço e falta de persistência. A avaliação é baseada no relato do paciente.

0 Cansaço ausente ou duvidoso.

1 O paciente se cansa mais facilmente que o normal, no entanto não precisa descansar por mais tempo que o habitual durante o dia.

2 Precisa descansar agora e durante o dia devido ao cansaço.

3 Precisa descansar a maior parte do dia devido ao cansaço.

1.3. Sonolência/Sedação

Capacidade diminuída de permanecer acordado durante o dia. Deve ser baseada em sinais clínicos durante a entrevista.

0 Sonolência ausente ou duvidosa.

1 Levemente sonolento, notado pela expressão facial.

2 Marcadamente sonolento. Boceja e tende a cair no sono quando há uma pausa na conversação.

3 Dificuldade em acordar o paciente e em mantê-lo acordado.

1.4. Dificuldades de Memória

Prejuízo de memória. A avaliação deve ser independente de qualquer dificuldade de concentração.

0 Alteração de memória ausente ou duvidosa.

1 Sensação subjetiva de redução leve da memória comparando com sua condição habitual, mas não interfere em seu funcionamento.

2 Falhas de memória que prejudicam o paciente ou sinais leves que são observados durante a entrevista.

3 O paciente mostra claros sinais de falta de memória durante a entrevista.

1.5. Depressão

Inclui expressões verbais e não verbais de tristeza, depressão, melancolia, desesperança, desamparo e até impulsos suicidas.

0 Humor neutro ou com elação.

1 O humor do paciente está um pouco mais triste e deprimido que o habitual, mas o paciente ainda acha que vale a pena viver.

2 O humor do paciente está claramente deprimido, incluindo expressões não verbais de desesperança e/ou desejo de morrer, mas não tem planos para cometer suicídio.

3 As expressões verbais e não verbais de desamparo e tristeza do paciente são grandes e/ou pode-se considerar altamente provável que ele planeje cometer suicídio.

1.6. Tensão/Inquietação

Incapacidade de relaxar e inquietação nervosa. Este item deve ser baseado na experiência do paciente e deve ser diferenciado de acatisia. (Item 2.6)

0 Tensão/ inquietação ausente ou duvidosa.

1 O paciente relata que está ligeiramente tenso ou inquieto, no entanto não atrapalha seu funcionamento.

2 Tensão ou inquietação considerável, mas não é intensa ou constante o suficiente para atrapalhar a vida diária do paciente.

3 O paciente sente tensão ou inquietação intensa o suficiente para atrapalhar sua vida diária.

1.7. Aumento da Duração do Sono

Deve ser baseado na média de sono das três últimas noites e comparado com o sono habitual antes da doença.

0 Aumento da duração do sono ausente ou duvidoso

1 Dorme, no máximo, duas horas a mais que o habitual.

2 Dorme de duas a três horas a mais que o habitual.

3 Dorme mais de três horas além do habitual.

1.8. Diminuição da Duração do Sono

Deve ser baseada na média de sono das três últimas noites e comparada com sono habitual antes da doença

0 Diminuição de sono ausente ou duvidosa.

1 Dorme, no máximo, duas horas menos que o habitual.

2 Dorme de duas a três horas menos que o habitual.

3 Dorme mais de três horas que o habitual.

1.9. Atividade Onírica

Deve ser avaliada independentemente do conteúdo dos sonhos e baseada na média das três últimas noites e comparada com o padrão habitual de sonhos.

0 Alteração nos sonhos ausente ou duvidosa.

1 Aumento discreto de sonhos, sem perturbar o sono.

2 Aumento de sonhos mais acentuado.

3 Aumento de sonhos muito acentuado.

1.10. Indiferença Emocional

Diminuição da empatia do paciente, levando à apatia.

0 Indiferença emocional ausente ou duvidosa.

1 Diminuição discreta da empatia do paciente.

2 Indiferença emocional óbvia.

3 Indiferença emocional acentuada de tal maneira que o paciente se comporta de modo apático em relação ao ambiente.

2. Efeitos Colaterais Neurológicos

2.1. Distoria

Formas agudas de distonia que se manifestam como contrações tônicas localizadas em um ou vários grupos musculares, principalmente na boca, na língua e/ou no pescoço. A avaliação deve ser baseada nos últimos três dias.

0 Distonia ausente ou duvidosa.

1 Espasmos leves e curtos na musculatura mandibular ou no pescoço.

2 Contrações mais acentuadas, de duração mais longa ou localização mais ampla.

3 Contrações importantes como crise oculógira ou opistótono.

2.2. Rigidez

Aumento do tônus muscular de maneira uniforme e generalizada. Observada como resistência passiva a movimentação dos membros. Os músculos em torno do joelho e cotovelo têm importância especial.

0 Rigidez ausente ou duvidosa.

1 Rigidez suave no pescoço, ombro e nas extremidades. Observando devido à resistência passiva a movimentação do cotovelo.

2 Rigidez média, observada devido à resistência passiva a movimentação do cotovelo.

3 Rigidez muito importante.

2.3. Hipocinesia/ Acinesia

Movimentos lentificados (bradicinesia), diminuição da expressão facial, diminuição do balanço dos braços, diminuição dos passos, podendo levar à parada de movimentação (acinesia).

0 Hipocinesia ausente ou duvidosa.

1 Movimentação ligeiramente reduzida, por exemplo, diminuição do balanço dos braços quando caminha ou diminuição da expressão facial.

2 Redução da mobilidade mais clara, como por exemplo caminhar lentamente.

3 Redução da mobilidade muito importante, incluindo acinesia. Por exemplo, facies parkinsoniana ou passos muito pequenos

2.4. Hiperinesia

Movimentos involuntários afetando, mais freqüentemente, a região oro-facial sob a forma de síndrome buco-língua-mastigatória. Mas, também são vistos em extremidades, principalmente nos dedos e, mais raramente na musculatura do corpo ou respiratória. Estão incluídas discinesias tardia e inicial.

0 Hiperinesia ausente ou duvidosa.

1 Hiperinesia discreta, apenas intermitente.

2 Hiperinesia moderada, durante a maior parte do tempo.

3 Hiperinesia grave, durante a maior parte do tempo, como por exemplo protusão do língua, abertura da boca, hiperinesia facial com ou sem movimentação de extremidades.

2.5. Tremor

Esse item inclui todo tipo de tremor.

0 Tremor ausente ou duvidoso.

1 Tremor leve que não prejudica o paciente.

2 Tremor claro, que prejudica o paciente, com amplitude menor que 3 cm.

3 Tremor claro, com amplitude maior que 3 cm e que não pode ser controlado pelo paciente.

2.6. Acatisia

Sensação subjetiva e sinais objetivos de inquietação muscular, principalmente em extremidades inferiores, o que torna difícil para o paciente ficar sentado. A avaliação é baseada nos sinais clínicos observados durante a entrevista e no relato do paciente.

0 Acatisia ausente ou duvidosa.

1 Acatisia leve, o paciente permanece quieto sem esforço.

2 Acatisia moderada, o paciente pode permanecer sentado com algum esforço.

3 Quando o paciente levanta seu pé várias vezes durante a entrevista por causa da acatisia.

2.7. Convulsões Epilépticas

Apenas crises tônico-clônicas generalizadas devem ser registradas.

0 Sem convulsões nos últimos seis meses.

1 Uma convulsão nos últimos seis meses.

2 Duas ou três convulsões nos últimos seis meses.

3 Mais de três convulsões nos últimos seis meses.

2.8. Parestesias

Sensações na pele de queimação, formigamento ou outras sensações desagradáveis.

0 Parestesia ausente ou duvidosa.

1 Parestesias leves que raramente incomodam o paciente.

2 Parestesias moderadas que incomodam claramente o paciente.

3 Parestesias graves que incomodam muito o paciente.

3. Efeitos Colaterais Autonômicos

3.1. Alteração da Acomodação Visual

Dificuldade em enxergar claro e preciso a distâncias próximas (com ou sem óculos), enquanto enxerga claramente a longas distâncias. Se o paciente usa lente bifocal, deve ser avaliado com o uso da lente para longe.

0 Sem dificuldade para ler um texto de jornal.

1 Consegue ler um texto de jornal, mas se cansa logo e afasta o papel para longe.

2 Não consegue ler um texto de jornal, mas ainda consegue ler letras maiores.

3 Consegue ler letras maiores, como uma manchete somente com ajuda de uma lente.

3.2. *Aumento da Salivação*

Salivação aumentada sem estímulo.

0 Aumento de salivação ausente ou duvidoso.

1 Salivação aumentada, mas sem incômodo.

2 Salivação aumentada que perturba, havendo necessidade de cuspir ou engolir saliva, sem perda involuntária de saliva pela boca.

3 Perda de saliva involuntária pela boca freqüente, talvez com alterações da fala.

3.3. *Diminuição da Salivação/Sensação de Boca Seca*

Secura da boca devido à diminuição de salivação. Pode resultar em aumento do consumo de água, mas deve ser diferenciado de sede.

0 Secura da boca ausente ou duvidosa.

1 Secura da boca leve que não perturba o paciente.

2 Secura da boca de leve a moderada que não perturba o paciente.

3 Secura da boca tão importante que atrapalha a vida diária do paciente.

3.4. *Náuseas/Vômitos*

Este item deve basear-se nos três últimos dias.

0 Náusea ausente ou duvidosa.

1 Náusea leve.

2 Náusea importante, sem vômitos.

3 Náusea com vômitos.

3.5. *Diarréia*

Aumento da freqüência e/ou diminuição da consistência das fezes.

0 Diarréia ausente ou duvidosa.

1 Claramente presente, mas não perturba o trabalho e outras atividades.

2 Diarréia que incomoda, com necessidade de evacuações numerosas e inconvenientes.

3 Necessidade importante e imperativa que ameça ou provoca incontinência, resultando em interrupção do trabalho ou outras atividades.

3.6. *Constipação*

Diminuição da freqüência de evacuações ou aumento de consistência das fezes.

0 Constipação ausente ou duvidoso.

1 Constipação leve, mas suportável.

2 Constipação importante que incomoda o paciente.

3 Constipação muito acentuada.

3.7. *Distúrbios da Micção*

Sensação de dificuldade em iniciar e resistência à micção. deve basear-se nos últimos 3 meses.

0 Distúrbio da micção ausente ou duvidosa.

1 Claramente presente, mas suportável.

2 Jato fraco, com aumento considerável do tempo de micção, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

3 Retenção de urina com volume residual grande e/ou atual retenção aguda ou ameaça dela..

3.8. *Poliúria/Polidipsia*

Aumento da produção de urina resultando em aumento da freqüência de micção e em eliminação de quantidade abundante de urina em cada micção. Presença de aumento de consumo de líquido.

0 Ausente ou duvidosa.

1 Claramente presente, sem incômodo. Noctúria de no máximo 1 vez por noite.

2 Incômodo moderado, sede freqüente. Noctúria de 2 a 3 vezes por noite ou micção mais freqüente que 1 vez a cada 2 horas.

3 Incômodo importante devido à sede freqüente. Noctúria de pelo menos 4 vezes por noite ou micção uma vez por hora.

3.9. *Tontura Ortostática*

Sensação de fraqueza, visão escurecida, zumbido nos ouvidos, aumento da tendência para desmaiar quando muda da posição supina ou deitada para posição em pé.

0 Ausente ou duvidosa.

1 Claramente presente, mas não requer medidas especiais.

2 Incômoda, mas pode ser neutralizada com mudança lenta da posição supina ou sentado para posição em pé.

3 Ameaça de desmaio ou episódios de desmaio apesar de mudança de decúbito com cuidados. Tendência a permanecer com tontura enquanto permanecer de pé.

3.10. *Palpitações/Taquicardia*

Palpitação, sensação de batimentos cardíacos rápidos, fortes e/ou irregulares.

0 Ausente ou duvidosa.

1 Claramente presente, sem incomodar, crises curtas, ocasionais ou constantes.

2 Incômodo frequente ou palpitação frequente que perturba o paciente ou atrapalha o sono, mas sem sintomas concomitantes.

3 Suspeita de taquicardia real devido à presença de sensação de fraqueza, necessidade de deitar, dispnéia, tendência para desmaiar e dor pré-cordial.

3.11 *Aumento da Tendência para Suar*

Localizada em todo corpo, não apenas nas palmas ou sola dos pés.

0 Ausente ou duvidoso.

1 Claramente presente, mas leve. Por exemplo uma sudorese intensa após esforço considerável.

2 Incômodo importante, necessidade de troca frequente de roupas, sudorese profusa após atividade moderada como, por exemplo, subir em escadas.

3 Sudorese profusa após atividade leve ou em repouso, o paciente está constantemente úmido, precisa trocar de roupa várias vezes durante o dia e a noite.

4. *Outros Efeitos Colaterais*

4.1. *Eritema*

O tipo de eritema é classificado em: a) morbiliforme, b) petequial, c) urticariforme, d) psoriático, e) não classificado.

0 Ausente ou duvidoso.

1 Localizado em menos de 5% da superfície cutânea.

2 Disseminado, mas ocupa menos de um terço da superfície cutânea.

3 Universal, isto é, ocupa mais de um terço da superfície cutânea.

4.2. *Prurido*

0 Ausente ou duvidoso.

1 Prurido leve.

2 Prurido acentuado, com marcas de arranhões, que incomoda o paciente.

3 Prurido grave que incomoda muito o paciente. Lesões cutâneas devido ao prurido.

4.3. *Fotossensibilidade*

Aumento da sensibilidade ao sol.

0 Ausente ou duvidoso.

1 Leve, mas sem incômodo.

2 Mais acentuada, com incômodo.

3 Tão acentuada que a suspensão da droga é necessária.

4.4. *Aumento de Pigmentação*

Aumento de pigmentação cutânea, geralmente localizada em regiões da pele que ficaram expostas ao sol.

0 Aumento de pigmentação nula ou duvidosa.

1 Aumento de pigmentação leve.

2 Pigmentação acentuada, generalizada ou localizada que preocupa o paciente mas, não é notada por outras pessoas.

3 Pigmentação tão acentuada que pode ser facilmente observada por outros.

4.5. *Ganho De Peso*

A avaliação deve ser baseada no último mês.

0 Ganho de peso nulo ou duvidoso.

1 Ganho de 1 a 2 kg.

2 Ganho de 3 a 4 kg.

3 Ganho de mais de 4 kg.

4.6. *Perda de Peso*

A avaliação deve ser baseada no último mês.

0 Perda de peso nula ou duvidosas

1 Perda de 1 a 2 kg.

2 Perda de 3 a 4 kg.

3 Perda de mais de 4 kg.

4.7. *Menorragia*

Hipermenorréia, polimenorréia ou metrorragia nos últimos 3 meses.

0 Aumento na frequência ou na intensidade do fluxo menstrual ausente ou duvidoso.
1 Hipermenorréia, isto é, o fluxo menstrual está mais intenso que o habitual, os intervalos são normais.

2 Polimenorréia, isto é, o fluxo menstrual ocorre mais freqüentemente e é mais intenso.

3 Metrorragia, isto é, intervalos e intensidade são irregulares. A perda de sangue é mais freqüente e mais intensa que o padrão habitual.

4.8. Amenorréia

Hipomenorréia, oligomenorréia ou amenorréia nos últimos 3 meses.

0 Redução na frequência ou intensidade do fluxo menstrual ausente ou duvidosa.

1 Hipomenorréia, isto é, fluxo menstrual menos intenso que o habitual, mas com intervalos normais.

2 Oligomenorréia, isto é, intervalos mais prolongados que o habitual, intensidade pode ser menor que o habitual.

3 Amenorréia, isto é, menstruação ausente por mais de 3 meses.

4.9. Galactorréia

Secreção de leite aumentada fora dos períodos de amamentação.

0 Sem galactorréia.

1 Galactorréia presente, mas em grau leve.

2 Galactorréia presente, em grau moderado, sentida como incômodo.

3 Galactorréia acentuada que incomoda muito.

4.10. Ginecomastia

Desenvolvimento excessivo de glândulas mamárias masculinas.

0 Sem ginecomastia.

1 Ginecomastia presente em grau leve se comparada ao estado habitual.

2 Ginecomastia claramente presente que incomoda somente quando o paciente está sem roupa.

3 Ginecomastia presente em grau grave que afeta a aparência do paciente, mesmo quando vestido.

4.11. Aumento do Desejo Sexual

Aumento do desejo para atividade sexual.

0 Ausente ou duvidoso.

1 Aumento leve que é sentido como natural pela parceira.

2 Aumento claro que provoca comentários e conversa com a parceira.

3 Aumento do desejo sexual tão grande que perturba o relacionamento com a parceira.

4.12. Diminuição do Desejo Sexual

Redução do desejo para atividade sexual.

0 Ausente ou duvidoso

1 O desejo para a atividade sexual está ligeiramente diminuído mas sem incomodar o paciente.

2 Há uma redução clara no desejo do paciente por atividades sexuais de maneira que isto se torna um problema para o paciente.

3 Desejo e interesse diminuíram tanto que relações sexuais ocorrem raramente ou inexistem .

4.13. Disfunção Erétil

Dificuldade. em atingir ou manter uma ereção.

0 Ausente ou duvidosa.

1 Diminuição leve da capacidade para atingir ou manter uma ereção.

2 Alteração significativa na capacidade do paciente para manter uma ereção.

3 O paciente raramente ou nunca consegue manter uma ereção.

4.14. Disfunção Ejaculatória

Disfunção na capacidade do paciente em controlar a ejaculação.

0 Ausente ou duvidosa.

1 É mais difícil que o habitual,mas, não perturba o paciente.

2 Há uma alteração significativa na capacidade para controlar a ejaculação de tal maneira que isso se torna um problema para o paciente.

3 A capacidade para controlar a ejaculação está tão alterada que isto se tornou um problema importante nas relações sexuais dessa maneira influencia sua experiência do orgasmo.

4.15. Disfunção orgástica

Dificuldade em obter e experienciar um orgasmo satisfatório.

0 Ausente ou duvidosa.

1 Obter um orgasmo é mais difícil que o habitual e/ ou há pequena alteração na experiência do orgasmo.

2 O paciente relata alteração clara na capacidade para obter um orgasmo e/ou na experiência do orgasmo. Essa alteração atinge um grau que incomoda o paciente.

3 Quando o paciente raramente ou nunca obtém um orgasmo e/ou a experiência do orgasmo está marcadamente reduzida.

4.16. *Secura Vaginal*

Sensação de secura na vagina com estimulação sexual.

0 Ausente ou duvidosa.

1 Secura vaginal leve com estimulação sexual.

2 Secura vaginal moderada com estimulação sexual.

3 Secura vaginal grave que torna o coito difícil ou torna necessário o uso de lubrificantes.

4.17. *Cefaléia*

A cefaléia é classificada em a) cefaléia tipo tensão, b) enxaqueca, c) outras formas de cefaléia.

0 Ausente ou duvidosa.

1 Cefaléia leve.

2 Cefaléia moderada com incômodo, mas que não interfere na vida diária do paciente.

3 Cefaléia acentuada que interfere na vida diária do paciente.

4.18. *Dependência Física*

Aparecimento de sintomas vegetativos e/ou somáticos após a descontinuação da droga em questão, baseado nos 3 últimos meses. Pode ser avaliado somente quando se tentou interromper o uso da droga.

0 Nada sugere dependência física.

1 Após a interrupção há sintomas vegetativos leves como taquicardia e sudorese.

2 Após a interrupção há sintomas vegetativos moderados a graves, ansiedade e inquietação.

3 Após a interrupção, há sintomas vegetativos graves, ansiedade, inquietação e/ou convulsões.

4.19. *Dependência Psíquica*

Dependência psíquica é definida como um forte desejo de continuar usando a droga devido aos seus efeitos psíquicos (ou pelos efeitos que pensa que tem), quando estes efeitos são vistos pelo médico como indesejáveis ou desnecessários. A avaliação deve ser baseada nos 3 últimos meses.

0 Ausente ou duvidosa.

1 Dependência psíquica leve mas não séria.

2 Dependência psíquica clara mas sem complicações médicas ou sociais.

3 Dependência psíquica acentuada, com desejo compulsório de continuar usando a droga a qualquer custo. O uso da droga deve ter provocado complicações médicas ou sociais.



Menino chorando, de Bruno Amadio (Giovanni Bragolin), *circa* 1940.

Síndromes depressivas

Protocolo de acolhimento na linha de cuidado

Alan Indio Serrano
Guilherme Mello Vieira
Rosalie Kupka Knoll
Anna Paula G. Macarini
Jair Abdon Ferracioli
Plínio Augusto Freitas Silveira

e Grupo Consultores do QualISUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. INTRODUÇÃO

O significado do termo "depressão" vem sendo constantemente deturpado ou perdido, na imprensa leiga, na linguagem popular e mesmo na linguagem jurídica. É comum que o termo seja empregado sem preocupações técnicas, para designar estados afetivos normais, envolvendo tristeza, decepção, enfado, luto, baixa autoestima, revolta e tantos outros sentimentos. Há, atualmente, uma pressão social no sentido do uso de drogas tranquilizantes e antidepressivas, de forma indiscriminada, para amenizar situações que são próprias da condição humana. O psicotrópico, para muitas pessoas, se constitui em objeto de desejo e de consumo³⁵⁵.

Nas ciências da saúde, a palavra depressão significa uma alteração patológica, persistente e inadequada do humor, resultante da combinação de fatores exógenos (como álcool e ritmos biológicos) e individuais (como os relacionados à personalidade e as predisposições), capazes de desencadear sintomas em indivíduos biologicamente vulneráveis³⁵⁶.

³⁵⁵ HENRARD, L.; REIS, C. A medicalização do sofrimento psíquico na contemporaneidade. **Voos Revista Polidisciplinar**, v. 5, ed. 2, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/286/4>>.

³⁵⁶ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

Do ponto de vista clínico, deve-se diferenciar depressão enquanto sintoma, enquanto síndrome, enquanto transtorno e enquanto doença³⁵⁷. Sintomas de tom depressivo podem surgir como resposta a situações sociais difíceis, a perdas ou a circunstâncias amorosas, familiares, sociais e econômicas adversas. É comum que ocorram de forma transitória, sem importância clínica. A presença de um ou mais sintomas não implica, necessariamente, que haja uma doença. Muitas vezes, em situações adversas envolvendo perdas ou autocrítica, sentimentos depressivos são sinais de saúde mental e favorecem o amadurecimento do sujeito.

Como síndrome (conjunto de sintomas e sinais), a depressão inclui não apenas alterações importantes e patológicas da afetividade (inibição psicomotora, humor rebaixado, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia, abulia), mas também uma gama variável de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (no sono e no apetite, principalmente). Isto pode ocorrer em várias condições, como o transtorno de estresse pós-traumático, as demências, a esquizofrenia, o alcoolismo, a vivência de alguma doença não psiquiátrica, etc.. Há quadros depressivos secundários a intoxicações por drogas e medicamentos, a abstinência de drogas, a tumores, infecções e doenças (vasculares, cardíacas, neurológicas, endocrinológicas, metabólicas, etc.).

A depressão se manifesta como transtorno³⁵⁸ na distímia (também denominada neurose depressiva), de forma crônica. Ocorre como constituinte temporária da ciclotímia. Ocorre também, temporária e provisoriamente, em algumas reações de ajustamento.

Tem características claras de doença em alguns quadros clínicos específicos: nos episódios depressivos maiores avulsos, nos episódios do transtorno depressivo recorrente (cíclicos) e nos episódios depressivos do transtorno bipolar, por exemplo.

Depressões mascaradas ou atípicas podem gerar grandes dificuldades diagnósticas. Muitas delas se apresentam na forma de estafa crônica e neurastenia, ou de transtornos somatoformes.

No cotidiano da medicina de família, no Brasil, a maioria dos transtornos de humor apresenta uma combinação de sintomas depressivos e ansiosos, e se apresenta mais com queixas somáticas do que psicológicas. Quando sintomas depressivos forem acompanhados por sintomas ansiosos, a prioridade deve ser tratar os aspectos depressivos, o que também pode reduzir a ansiedade.

Algumas apresentações comuns para depressão em unidades básicas de saúde são: múltiplas queixas somáticas, ganho ou perda de peso, déficit cognitivo discreto; múltiplas visitas médicas (mais de 5 por ano); problemas em mais de um sistema corporal com ausência de achados físicos; fadiga; disfunção no trabalho ou nos relacionamentos; mudança nas relações interpessoais; distúrbios do sono³⁵⁹. Somente uma anamnese bem feita poderá diagnosticar a depressão e diferenciá-la de outras queixas parecidas.

2. RECOMENDAÇÕES À EQUIPE DE SAÚDE

³⁵⁷ DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, May 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso>.

³⁵⁸ Nem todos os transtornos são doenças, mas todas as doenças são transtornos.

³⁵⁹ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

Ao abordar pessoas deprimidas, seus familiares ou seus cuidadores, em serviços de saúde pública, sugere-se ao profissional:

- a) Construir uma relação de confiança e trabalhar com engajamento, sem manifestar juízos de valores que possam complicar a relação ou impedir o seguimento adequado da terapia;
- b) Explorar as opções de tratamento em uma atmosfera de esperança e otimismo, explicando as possíveis evoluções do quadro depressivo e mostrando ser possível a recuperação;
- c) Estar ciente de que pode haver, para muitas pessoas, preconceitos ligados à ideia de depressão e de tratamento para transtornos mentais, a serem trabalhados;
- d) Garantir que os diálogos ocorram em locais onde se preserve a confidencialidade, a privacidade, o respeito e a dignidade;
- e) Dar informações apropriadas ao nível de entendimento do usuário e de seus acompanhantes, em linguagem compatível com as deles;
- f) Evitar o uso de uma linguagem clínica, científica ou muito sofisticada, que dificulte a compreensão;
- g) Informar, nos CAPS, sobre grupos de apoio, caso existam;
- h) Combinar as intervenções do tratamento a partir de informações compreendidas, perguntando-se, na dúvida, se o paciente entendeu o que se está explicando;
- i) Informar sobre o que se espera dos remédios e das outras intervenções;
- j) Informar sobre possíveis efeitos colaterais das medicações utilizadas;
- k) Informar sobre o comprometimento que a equipe espera do próprio usuário e de seus acompanhantes.

Um suporte da equipe aos cuidadores pode auxiliar no bom desenvolvimento do plano de cuidados. A companhia amistosa e apoiadora de outras pessoas, mesmo que esporádica, pode ajudar os deprimidos. Acompanhantes terapêuticos, amigos e voluntários treinados podem ter papel relevante na ultrapassagem de uma crise, principalmente entre mulheres sofrendo de depressões crônicas³⁶⁰. Grupos em CAPS ou em unidades da rede básica podem exercer papel animador e ativar esperanças.

Para pacientes muito graves, com depressões severas ou com sintomas psicóticos, pode-se imprimir o plano terapêutico singular, ou escrever um resumo dele, mandando cópia à unidade básica de saúde da área de residência do usuário. Alguns deles, apresentando riscos, precisam de suporte maior, da equipe, para sair de uma crise melancólica. Em tais casos as equipes podem fazer visitas domiciliares, monitorando os riscos e a relação do usuário com seus remédios e com outras pessoas, e interferindo no seu meio ambiente caseiro.

Um bom atendimento domiciliar tanto pode evitar internações, quanto pode melhorar a qualidade do período que se segue às altas de hospitais. Os riscos significativos de suicídio ou de autonegligência, em pacientes que não têm família e nem cuidadores, são os fatores mais fortes no sentido de estudar a necessidade de internação ou de chamada de parentes, montando um ambiente seguro. Não há evidências confirmando se o atendimento cotidiano, ao longo do dia, numa estrutura do tipo CAPS ou num hospital-dia, difere, em termos de resultados, do cuidado feito numa ala hospitalar³⁶¹.

³⁶⁰ HARRIS, T.; BROWN, G.W.; ROBINSON, R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 1: Randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry** (1999) 174: 219-224 doi: 10.1192/bjp.174.3.219. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/174/3/219>>.

³⁶¹ NICE. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). **Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults** (Updated Edition). NICE Clinical Guidelines, No. 90. 4,

Há uma racionalidade para o reconhecimento de problemas de saúde mental por parte do médico não psiquiatra e das equipes de saúde da família. O apoio matricial, com matriciadores especializados em saúde mental, atuando em conjunto com profissionais de atenção primária, pode incrementar a avaliação e a atuação terapêutica na atenção primária. O papel da equipe de saúde da família matriciada, garantindo o seguimento longitudinal do paciente, representa um grande ganho no atendimento dos aspectos psicossociais da população³⁶².

As técnicas de relaxação³⁶³ e os exercícios físicos tem efeito moderado sobre alguns quadros depressivos. São bem menos efetivos do que as terapias psicológicas e farmacológicas. São mais efetivos do que o não tratamento, mas não se sabe, exatamente, qual é o grau de sua eficácia e de sua influência^{364, 365}.

São importantes no tratamento das depressões o estabelecimento de harmonia com os ritmos circadianos e os conselhos sobre a higiene do sono³⁶⁶.

As intervenções psicossociais e psicológicas dirigidas às parturientes e às novas mães ajudam a reduzir significativamente a ocorrência e a gravidade de depressões pós-parto³⁶⁷.

É útil informar o paciente e seus familiares sobre o fato de que as depressões são bastante comuns na população e que há tratamentos efetivos. O protocolo de saúde mental da Prefeitura de Florianópolis preconiza uma lista de temas a serem abordados no início do seguimento:

- 1) O paciente tem pensado frequentemente, em morte ou em morrer?
- 2) O paciente tem um plano de suicídio específico?
- 3) Ele fez tentativas de suicídio sérias no passado?

Experience of care. Leicester (UK): British Psychological Society, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63772/>>.

³⁶² VILLANO, L.A.B.; NANHAY, A.L.G. Depressão: Epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Ano 10, Janeiro a Março de 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=110> e <http://www.researchgate.net/publication/230661545_Depresso_Epidemiologia_e_abordagem_em_cuidados_primarios_de_sade._Depression_Epidemiology_and_primary_care_approach>.

³⁶³ JORM, A.F.; MORGAN, A.J.; HETRICK, S.E. Relaxation for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2008**, Issue 4. Art. No.: CD007142. DOI: 10.1002/14651858.CD007142.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007142.pub2/abstract>>.

³⁶⁴ MEAD, G.E.; MORLEY, W.; CAMPBELL, P.; GREIG, C.A.; MCMURDO, M.; LAWLOR, D.A. Exercise for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2009**, Issue 3. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub4. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub4/abstract;jsessionid=B38CA75E8F0EBD1EE95129D934C8D386.f02t03>>.

³⁶⁵ COONEY, G.M.; DWAN, K.; GREIG, C.A.; LAWLOR, D.A.; RIMER, J.; WAUGH, F.R.; MCMURDO, M.; MEAD, G.E. Exercise for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2013**, Issue 9. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/full>>.

³⁶⁶ GARCÍA- HERRERA PÉREZ BRYAN, J. M.; NOGUERAS MORILLAS, E.V.; MUÑOZ COBOS, F.; MORALES ASENSIO, J. M. **Guía de Práctica Clínica sobre Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria**. Málaga: Distrito Sanitario Málaga y Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, Servicio Andaluz de Salud (SAS), Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Depresión en Atención Primaria, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Disponível em: <http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_488_Depresion_AP_compl.pdf>.

³⁶⁷ DENNIS, C.L.; DOWSWELL, T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2013**, Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/pdf>>.

- 4) O paciente está seguro de que não colocará em prática as ideias suicidas?
- 5) A família ou as pessoas da rede afetiva íntima do paciente pode exercer supervisão e cuidado no cotidiano?
- 6) Há indícios de risco de danos a outras pessoas?
- 7) Planejar atividades de curto prazo que deem prazer ao paciente ou desenvolvam a confiança.
- 8) Encorajar o paciente a resistir ao pessimismo e autocrítica, a não se deixar levar por ideias pessimistas (p. Ex., terminar o casamento, deixar o emprego) e a não se concentrar em pensamentos negativos ou de culpa.
- 9) Identificar problemas atuais de vida ou estresses sociais. Focalizar-se em pequenos passos específicos que os pacientes poderiam dar em direção a reduzir ou manejar melhor esses problemas.
- 10) Se há sintomas físicos, discutir sua ligação com o transtorno do humor.
- 11) Após a melhora, planejar com o paciente o que será feito se os sintomas reaparecerem.

Atitudes educativas sobre a doença e seu tratamento são importantes, pois permitem que o paciente possa tomar decisões, lide melhor com efeitos colaterais das medicações e tenha maior adesão ao plano de cuidados.

Três questões fundamentais devem preceder o início do tratamento:

- 1) Avaliação do risco de suicídio, perguntando abertamente e quantificando;
- 2) Avaliação de história prévia ou suspeita de episódio maníaco ou hipomaníaco, inclusive na família (por exemplo, euforia, gastos excessivos, irritabilidade intensa, ideias de grandeza);
- 3) Exclusão da possibilidade de a depressão ser sintoma de outra doença ou de uso de medicamentos ou substâncias - neste caso, otimizar o tratamento da doença médica associada, reavaliar o paciente e tratar depressão se esta ainda estiver presente.

Como medidas gerais, para todos os pacientes, recomenda-se:

- 1) Aconselhamento em higiene do sono (inclusive com o propósito de evitar o uso de sedativos), diminuir os estímulos sonoros e luminosos, evitar cochilos ou ficar na cama durante o dia, evitar substâncias estimulantes ou refeições copiosas à noite, preparação para o sono (banho morno, chá/bebida morna);
- 2) Diminuir o uso de substâncias psicoativas, com destaque para cafeína, nicotina e álcool;
- 3) Orientar técnicas para manejo de ansiedade, como respiração controlada e relaxamento;
- 4) Incentivar programa estruturado de exercícios, como caminhadas regulares ou ginástica (por exemplo, 30 a 40 minutos, 3 vezes por semana).

3. SINTOMAS DEPRESSIVOS EM CRIANÇAS E EM ADOLESCENTES

Ao avaliar uma criança ou um jovem cuja hipótese diagnóstica é a de depressão, os profissionais de saúde devem envolver familiares ou outras pessoas íntimas, que possam ajudar no caso. Considere-se, de forma rotineira, fazer o registro sobre o atendimento, avaliar possíveis comorbidades, avaliar o contexto social, educacional e familiar do paciente e de seus familiares. Neste ponto, deve-se

avaliar a qualidade das relações interpessoais, entre o paciente e outros membros da família e com seus amigos e colegas³⁶⁸.

As terapias psicológicas utilizadas no tratamento de crianças e jovens devem ser fornecidas por terapeutas experientes ou habilitados no atendimento de crianças e adolescentes.

Deve-se atentar para a possível necessidade de atendimento dos problemas psiquiátricos dos pais, a serem tratados em paralelo, encaminhando-os a um serviço adequado³⁶⁹. Os alvos da intervenção devem ser bem definidos, num plano terapêutico singular.

Estadiamento dos alvos e dos tipos de intervenções em depressão infantojuvenil.

Foco da intervenção	Natureza da intervenção
Nível 4. Depressão severa e complexa (respondendo mal aos tratamentos, ou com sintomas psicóticos, ou com comorbidades), com autonegligência e risco de autodestruição	Medicação, psicoterapia, atenção às crises, múltiplas intervenções. A internação só deve ser considerada para casos excepcionais e não responsivos a outras abordagens.
Nível 3. Sintomas subliminares persistentes, depressão moderada com resposta ruim às intervenções iniciais; depressão moderada ou severa não complexa.	Medicação, psicoterapia, atenção às crises, combinação de tratamentos. Para depressões associadas doenças físicas crônicas e incapacidade, aconselhar ter cuidador. Deixar nova avaliação marcada para breve.
Nível 2. Sintomas subliminares persistentes; depressão moderada ou leve.	Intervenções psicossociais de baixa intensidade, medicação para as depressões moderadas. Deixar marcada nova avaliação.
Nível 1. Qualquer suspeita de depressão.	Avaliação, suporte, psicoeducação, monitoramento ativo. Deixar marcada nova avaliação.

Não se deve oferecer medicação antidepressiva a uma criança ou a um adolescente cuja depressão esteja em níveis leves ou moderados, exceto quando em combinação com uma terapia psicológica. Acordos específicos devem ser feitos para monitorização cuidadosa das reações adversas a medicamentos, bem como para a revisão do estado mental e do progresso geral. O ideal é que haja contato semanal com a criança ou o jovem, juntamente com seu pais ou responsáveis, ao longo das primeiras 4 semanas de tratamento. No caso de as terapias psicológicas cessarem, a medicação pode ainda ser prescrita, mas o médico prescritor deverá acompanhar de perto o progresso da criança ou do jovem, de uma forma regular, prestando atenção nas possíveis reações adversas.

Para qualquer criança ou jovem com suspeita de transtorno de humor, deve-se aprofundar a história familiar, no sentido de verificar se há casos de uni ou bipolaridade em parentes antecessores ou colaterais. Sempre que uma criança ou jovem foi diagnosticado com depressão, deve-se investigar a possibilidade de os pais serem deprimidos, abusarem de substâncias psicoativas, ou terem outros problemas de saúde mental. Problemas dos pais pode ter impactos negativos sobre o

³⁶⁸ NHS. NICE. **Depression in children and young people**: identification and management in primary, community and secondary care. Clinical Guideline 28. Londres: National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence, September 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/CG028>>.

³⁶⁹ NHS. NICE. **Depression in adults**: the treatment and management of depression in adults: NICE clinical guideline 90. Issued: October 2009. <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/guidance-depression-in-adults-pdf>>.

sucesso do tratamento oferecido à criança ou ao jovem. Os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de crianças ou jovens com depressão devem ter tempo para construir uma relação de apoio e de colaboração com o paciente e com sua família ou seus cuidadores.

A maioria das crianças e jovens com depressão deve ser tratada em regime ambulatorial ou comunitário. Antes de iniciar qualquer tratamento, os profissionais de saúde devem avaliar, juntamente com o jovem, quais são os recursos familiares e comunitários utilizáveis, qual a rede social em torno do paciente e como ela poderá ser aproveitada, como apoio.

A detecção da depressão pode ser feita em unidades básica de saúde, no nível dos cuidados primários. A equipe do NASF pode ajudar na confirmação do diagnóstico e na montagem do plano terapêutico, para depressões leves a moderadas. Casos mais graves podem ser enviados a um CAPS. Se há CAPS i, seria uma boa medida pedir o parecer da equipe especializada, que tratará o paciente pelo tempo necessário, devolvendo-o à rede básica, quando julgar conveniente. Depressões com sintomas psicóticos necessitam de atendimento especializado, em CAPS i ou equivalente.

Transtornos depressivos



Desídia, gravura de Pieter Bruegel, o Velho, 1558.

Protocolo clínico

Alan Indio Serrano
Guilherme Mello Vieira
Anna Paula G. Macarini
Jair Abdon Ferracioli
Sonia A. Leitão Saraiva

e Grupo Consultores do QualISUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Reações depressivas neuróticas, episódios monopulares isolados ou recorrentes, depressões secundárias e depressões em transtornos de humor persistentes.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F41.2 Transtorno misto de ansiedade e depressão

Estado em que o sujeito apresenta, ao mesmo tempo, sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. Quando os sintomas ansiosos e depressivos estão presentes simultaneamente com uma intensidade suficiente para justificar diagnósticos isolados, os dois diagnósticos devem ser anotados e não se faz um diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo. É sinônimo de depressão ansiosa (leve ou não-persistente).

F43.20 Reação depressiva breve

Estado depressivo leve e transitório, de duração não excedendo 1 mês. É um tipo de transtorno de ajustamento (ou de adaptação) ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de “stress” pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de “stress” considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou a continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular nos adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir de uma reação depressiva, ou de uma outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração. Inclui choque cultural, hospitalismo da criança e reação de luto.

F43.21 Reação depressiva prolongada

Transtorno de ajustamento, semelhante à reação depressiva breve, porém ocorrendo em resposta a uma exposição prolongada a uma situação estressante, com duração não excedendo 2 anos.

F43.22 Reação mista de ansiedade e depressão

Transtorno de ajustamento, semelhante aos anteriores, transitório, em que sintomas ansiosos mesclam-se aos sintomas depressivos, mas em níveis não maiores do que os especificados em transtorno misto de ansiedade e depressão (F41.2).

F32 Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui:

episódios isolados de (um) (uma):

- depressão:
 - psicogênica
 - reativa
- reação depressiva

Exclui:

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

transtornos (de):

- adaptação (F43.2)
- depressivo recorrente (F33.-)

F32.0 Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

Depressão:

- agitada
- maior episódio único sem sintomas psicóticos
- vital

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente á descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Episódios isolados de: depressão major com sintomas psicóticos, depressão psicótica, psicose depressiva psicogênica e reativa

F32.8 Outros episódios depressivos

Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão “mascarada” SOE

F32.9 Episódio depressivo não especificado

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

F33 Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade(hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-). Inclui episódios recorrente de depressão psicógena, de depressão reativa, de reação depressiva e o transtorno depressivo sazonal.

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual leve, tal como descrito em F32.0, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em F32.1, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.2, na

ausência de qualquer antecedente de mania. Inclui a depressão endógena, a depressão maior recorrente sem sintomas psicóticos, a depressão vital recorrente, e a psicose maniaco-depressiva em forma depressiva sem sintomas psicóticos.

F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.3, na ausência de qualquer antecedente de mania. Inclui: depressão endógena com sintomas psicóticos, episódio recorrente grave de depressão maior com sintomas psicóticos, depressão psicótica, psicose depressiva psicogênica e psicose depressiva reativa. Inclui também a psicose maniaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos.

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descritos acima (F33.0-F33.3) mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isto há vários meses.

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes

F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação

Depressão unipolar sem outra especificação.

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maniaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam contudo a um sofrimento e à incapacidade consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

F34.1 Distímia

Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve (F33.-).

Inclui: depressão ansiosa persistente, depressão neurótica, neurose depressiva, personalidade depressiva

F38.1 Outros transtornos do humor [afetivos] recorrentes

Episódio depressivo recorrente breve

3. DIAGNÓSTICO

A coleta da história clínica, a anamnese e o exame devem observar os critérios da décima versão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde.

Nenhum sinal ou sintoma psicopatológico é, por si, patognomônico. A confecção do diagnóstico deve levar em conta que os critérios da CID apresentam certo grau de subjetividade, devendo-se evitar a psicologização, a medicalização e a farmacologização de sentimentos e condições humanas normais.

A psicologização e a psiquiatrização dos discursos familiares e escolares criam, seguidamente, abusos na interpretação de desvios sociológicos. Isto tem consequências complexas, especialmente para as crianças, pois há setores da sociedade que impulsionam os médicos a assumirem um discutível papel de agente tutelar das famílias³⁷⁰.

³⁷⁰ KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso>.

Deve-se fazer o diagnóstico diferencial, evitando confundir outras condições com o transtorno afetivo bipolar ou com depressões monopolares, pois podem ocorrer manias e depressões secundárias a outras causas. Veja-se o quadro das depressões secundárias:

Depressões secundárias: tipos e causas

Induzida por drogas	Intoxicação ou abuso de: opioides, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, álcool, reserpina. Por abstinência de: cocaína, anfetaminas, simpaticomiméticos
Metabólica	Uremia, deficiência de niacina (pelagra), de B ₁₂ , anemia, hipotireoidismo, síndrome de Cushing, doença de Addison, apneia do sono, intoxicação por metal pesado, síndrome paraneoplásica
Infeciosa	Doença de Lyme, neurosífilis, HIV, síndrome de Behçet, meningite
Neurológica / cerebrovascular	Isquemia, AVC, neoplasia, convulsões parciais complexas, estado pós ictal, hidrocefalia de pressão normal, doença de Parkinson

Fonte: Baseado em: STERN et al., 2004 ³⁷¹.

Na ausência de certeza e de possibilidade de comprovação, deve-se ter o cuidado de não adicionar comentários escritos ou de criar documentos, capazes de ser utilizados para atribuir nexos causais ou contributivos, mesmo que superficiais. Documentos emitidos por membros das equipes de saúde podem ser utilizados em processos administrativos, previdenciários, éticos ou judiciais, de formas não imaginadas e não planejadas por quem os assinou.

Os transtornos afetivos não se confundem com reações e estados transitórios desagradáveis normais. Não se confundem com variações neuróticas momentâneas das emoções e dos sentimentos. Não se confundem com reações explicáveis por ajustamentos ou desadaptação diante de fatos da vida social e afetiva, e nem por reações próprias das características da personalidade da pessoa. Um cuidado especial deve ser tomado, para não se encaixar, negligentemente, como doença o que não é, e vice-versa ³⁷².

Em caso de indícios de transtorno depressivo ainda sem comprovação clínica, o profissional deverá deixar claro que apenas suspeita, sem atribuir o rótulo ao caso.

³⁷¹ STERN, T.A.; FRICCHIONE, G.L.; CASSEM, N.H. et al. (editors). **Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry**. 5th edition. Philadelphia, PA: Mosby; 2004. pp. 119–134.

³⁷² Veja-se o texto do Prof. Dr. José Alberto Del Porto, sobre o conceito e o diagnóstico de depressão: “Os sentimentos de tristeza e alegria colorem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro. Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. As reações de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da atividade simpática e inquietude. As reações de luto normal podem estender-se até por um ou dois anos, devendo ser diferenciadas dos quadros depressivos propriamente ditos. No luto normal a pessoa usualmente preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente, quando devidamente estimulada. Não se observa, no luto, a inibição psicomotora característica dos estados melancólicos. Os sentimentos de culpa, no luto, limitam-se a não ter feito todo o possível para auxiliar a pessoa que morreu; outras ideias de culpa estão geralmente ausentes”. (DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, May 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>).

Havendo sintomas importantes, ainda sem diagnóstico completo e sem classificação, poder-se-á indicar no documento de encaminhamento a suspeita diagnóstica em relação ao código F3_(?), que identifica a forma alfanumérica da alteração da afetividade ou do humor, seguida de uma lacuna e um ponto de interrogação entre parênteses.

O código F43._ pode causar problemas na Previdência, uma vez que alguns programas informatizados do INSS nem sempre utilizam os algarismos grafados após o ponto, registrando apenas o grupo. Muitos transtornos de ajustamento depressivos multicausais, ou por causas que não se relacionam ao trabalho, se forem bem descritos, podem ser confundidos com agravos laborativos ou profissionais. É interessante que os atestados deixem claro, quando for o caso, que o transtorno de ajustamento relaciona-se a problemas pessoais, conjugais, familiares, financeiros, a outros, ou a fatores multicausais, se for o caso. É importante que os atestados não deem a falsa ideia de que os transtornos decorram exclusivamente de atividades próprias do emprego ou dos processos de trabalho, sempre que hajam predisposições e outros fatores envolvidos. Isto evitaria erros capazes de redundar em judicialização desnecessária, com custos advocatícios e periciais ao paciente e a terceiros.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Quadros depressivos, em adultos e crianças, compatíveis com classificações do grupo F3.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- 1) Sintomas ou síndromes depressivas próprios de reações de ajustamento (F43) ou de outros quadros neuróticos (F4_) sem sintomas depressivos;
- 2) Episódios depressivos integrantes de transtorno afetivo bipolar;
- 3) Síndromes depressivas orgânicas;
- 4) Hipersensibilidade aos fármacos;
- 5) Psicose alcoólica ou tóxica concomitante à depressão;
- 6) Dependência grave de fármacos psicoativos, em síndrome de abstinência;
- 7) Pessoa impossibilitada de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo;
- 8) Sintomas depressivos transitórios normais ou adaptativos, sem critérios para classificação como doença.
- 9) depressões pós-esquizofrênicas (F20.4)
- 10) transtornos esquizoafetivos, de tipo depressivo (F25.1) e de tipo misto (F25.2).

6. CASOS ESPECIAIS

Os casos especiais implicam quadros complexos, marcados por comorbidades com outros transtornos mentais ou comportamentais, inclusive com transtornos de personalidade (como os de personalidades emocionalmente instáveis) e com os quadros demenciais.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades sanitárias da rede primária, centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios, hospitais, prontos-socorros, SAMU, UPA. A avaliação inicial deve ser feita preferencialmente pela equipe de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Locais de Saúde ou Centros de Saúde, constituindo-se na porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde.

8. TRATAMENTO

8.1 Fármacos

O uso de psicofármacos faz parte de um contexto de tratamento mais abrangente. O ideal, como rotina de um serviço de saúde, seria contar com várias abordagens que funcionassem concomitantemente à prescrição do remédio³⁷³.

Os psicoanalépticos do tipo estimulante do humor podem ser utilizados nos episódios depressivos moderados e graves. Porém, em sintomas depressivos avulsos, em depressões subliminares ou leves tais fármacos não demonstraram ter um efeito maior do que os placebos. Portanto, nos episódios depressivos leves não se deve utilizar medicamentos³⁷⁴. Geralmente tais condições evoluem bem, por si mesmas ou por intervenções da equipe de saúde que propiciem catarse e apoio, aconselhamento, redimensionamento das relações interpessoais em família e em outro grupo de convívio.

A Organização Mundial da Saúde é categórica ao afirmar que não se deve usar antidepressivos ou benzodiazepínicos em tratamentos iniciais, para indivíduos com queixas ou sintomas depressivos subliminares, na ausência de um transtorno ou de um episódio depressivo atual, ou na ausência de história prévia de episódios depressivos maiores bem caracterizados^{375, 376, 377}.

Em casos mais complexos, a terapia ocupacional e outras intervenções psicossociais breves podem dar apoio e capacidade de expressão ao paciente, nos casos em que as queixas subliminares são excessivamente repetidas. As psicoterapias têm efeitos significativos³⁷⁸.

Contudo, considera-se o uso de psicoanalépticos estimulantes do humor (antidepressivos) quando, em um quadro depressivo atual:

- (1) se identifica uma história progressiva de depressão severa ou moderada ou

³⁷³ OMS. **Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias em el nivel de atención de la salud no especializada**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf>.

³⁷⁴ NHS. NICE. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). **Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)**. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. (NICE Clinical Guidelines, No. 90.) 13, the management of subthreshold depressive symptoms. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63737/>>.

³⁷⁵ OMS. **Anti-depressants or benzodiazepines in patients with complaints of depressive symptoms (in absence of depressive episode/disorder)**. Genebra: WHO, jun. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/other_complaints_q2.pdf> e <http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/other_disorders/q2/en/index.html>.

³⁷⁶ NICE. **National Clinical Guideline Number 123**. Common Mental Health Disorders. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.

³⁷⁷ WILLIAMS, J.W. Jr. et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. **Journal of the American Medical Association**, 284:1519-26, 2000.

³⁷⁸ CUIJPERS, P.; SMIT, F.; VAN STRATEN, A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 2007;115:434-444. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17498154>>.

- (2) ocorre uma apresentação de sintomas depressivos, mesmo que subliminares, presente por um longo período (dois anos, pelo menos) ou, ainda
- (3) quando uma depressão moderada ou sintomas depressivos subliminares persistem após outras intervenções (psicossociais, de aconselhamento, psicoterápicas, etc.).

Os antidepressivos, apesar de não demonstrarem efeitos importantes nas queixas subliminares, têm efeitos mais sensíveis do que os tratamentos psicológicos quando se trata de distímia e de depressões maiores³⁷⁹. É interessante, contudo, combinar antidepressivos com alguma forma de psicoterapia.

O *Hypericum perforatum* (erva de São João) tem um discreto efeito antidepressivo. Contudo, não se preconiza sua indicação, em função da incerteza científica sobre suas doses e sobre os possíveis efeitos colaterais. Além disso, ele causa interações indesejáveis com outras substâncias³⁸⁰.

Nas depressões moderadas e graves, 20% dos pacientes não respondem adequadamente a qualquer medicamento antidepressivo, enquanto que 30% respondem bem até a placebos. 50% respondem aos psicoanalépticos e deles dependem para aliviar ou remitir os sintomas³⁸¹.

Por outro lado, um episódio depressivo maior (com início claro e importante alteração no modo de vida), se não tratado, pode durar cerca de 6 meses. Em tais casos se indica que o tratamento seja prolongado por pelo menos 6 meses após o término do episódio, visando diminuir o risco de recorrência. A dose de antidepressivo na manutenção deve ser a mesma utilizada na fase aguda.

A imipramina tem sido utilizada desde o final dos anos 1950, com muito boa eficácia. Por sua relação custo-efetividade, ainda é uma droga bastante preconizada nos sistemas públicos de saúde³⁸².

A amitriptilina é, ainda, o padrão ouro dos antidepressivos, especialmente para as depressões ansiosas acompanhadas de insônia. Ela é tão efetiva quanto os antidepressivos mais novos, ou até melhor³⁸³, apesar de ter alguns efeitos colaterais mais pronunciados, especialmente nos primeiros dias de uso. Os tricíclicos têm, portanto, vasta utilidade contemporânea e há evidências científicas altamente favoráveis à sua atual aplicação nos quadros depressivos³⁸⁴. A amitriptilina

³⁷⁹ CUIJPERS, P.; VAN STRATEN, A. A.; VAN OPPEN, P.; et al. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. **Journal of Clinical Psychiatry**. 2008;69:1675–1685. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18945396>>.

³⁸⁰ National Collaborating Centre for Mental Health (UK). **Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)**. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. (NICE Clinical Guidelines, No. 90.) 10, pharmacological interventions. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63751/>>.

³⁸¹ ANDERSON, I.M.; FERRIER, I.N.; BALDWIN, R.C.; et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. **Journal of Psychopharmacology**. 2008; 22:343–396.

³⁸² SERRANO-BLANCO, A.; SUAREZ, D.; PINTO-MEZA, A.; PENARRUBIA, M. T.; HARO, J. M. Fluoxetine and imipramine: are there differences in cost-utility for depression in primary care? **Journal of Evaluation in Clinical Practice** 2009; 15(1) :195-203. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=imipramina&lang=pt>>.

³⁸³ Revisão sistemática envolvendo 194 estudos mostra que a amitriptilina é discretamente mais efetiva do que outros antidepressivos (inclusive inibidores seletivos): GUAIANA, G.; BARBUI, C.; HOTOPF, M. Amitriptyline for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2007, Issue 3. Art. No.: CD004186. DOI: 10.1002/14651858.CD004186.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004186.pub2/full>>.

³⁸⁴ NICE. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). **NICE Clinical Guidelines, No. 90**. Leicester

é bastante útil em depressões agitadas ou ansiosas. Para os pacientes insones, usada à noite ajuda a conciliar o sono.

A fluoxetina é um fármaco largamente usado, inclusive na atenção primária, com um papel preponderante no tratamento especialmente das depressões abúlicas e apáticas^{385, 386}.

8.2 Paciente com doença física

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

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

8.3 Infância e Adolescência

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

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

Em escolares, pode haver também lentificação, distorções

(UK): British Psychological Society; 2010. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63741/#ch9.s30>> .

³⁸⁵ MAGNI, L.R.; PURGATO, M.; GASTALDON, C.; PAPOLA, D.; FURUKAWA, T.A.; CIPRIANI, A.; BARBUI, C. Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 7. Art. No.: CD004185. DOI: 10.1002/14651858.CD004185.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004185.pub3/pdf/standard>>.

³⁸⁶ NICE. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). **Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care.** (NICE Clinical Guidelines, No. 123.) 2, Common mental health disorders. Leicester (UK): British Psychological Society; 2011. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92254/#ch2.s2>>.

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

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

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

Intervenções psicoterápicas específicas são o tratamento de escolha para casos leves e moderados.

Para casos graves, antidepressivos podem ser usados, mas sua eficácia é menor do que em adultos. Os ISRS são os medicamentos mais seguros e com alguma evidência de eficácia em crianças e adolescentes. Em adolescentes mais velhos, pode-se usar fluoxetina, iniciando com doses de 10 mg e passando a 20mg de acordo com a tolerância. Os tricíclicos têm pouca eficácia em adolescentes³⁸⁷.

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

Os fatores de risco a serem pesquisados são:

- 1) história atual ou pregressa de doença mental séria ou depressão no período pós-natal;
- 2) tratamento prévio por profissional de saúde mental;
- 3) história familiar de transtornos no período perinatal.

8.4 Gestantes e lactantes

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

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

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

8.5 Idosos

Idosos em depressão têm alto risco de recorrência,

³⁸⁷ HEZELL, P.; MIRZAIE, M. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. **Cochrane Database Syst Rev**. 2013 Jun 18;6:CD002317. doi: 10.1002/14651858.CD002317.pub2. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23780719>>.

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

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

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

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

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

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

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

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

8.6 Situações de Emergência: Suicídio

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

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

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

Pode ser encaminhado a tratamento ambulatorial o paciente com ideação suicida crônica ou praticante de auto lesão sem repercussão clínica grave. O ideal é que, nestes casos, monte-se um apoio familiar e psicossocial estável.

Quando optamos por não internar um paciente com risco de suicídio, devem ser orientadas medidas gerais, como tirar armas e facas da casa, não deixar medicamentos ou produtos tóxicos acessíveis, manter algum familiar ou amigo

constantemente presente. Estas medidas simples podem diminuir o acesso do paciente a meios de se lesar e podem diminuir as chances de suicídio.

Deve-se encaminhar o paciente a um tratamento intensivo em CAPS quando houver risco de suicídio associado a:

- 1) psicose;
- 2) abuso de substância;
- 3) desesperança significativa, impulsividade ou plano suicida;
- 4) ausência de suporte familiar/social;
- 5) não adesão ou impossibilidade de seguir tratamento ambulatorial.

8.7 Sintomas subliminares e depressões leves

A Organização Mundial da Saúde recomenda que nos casos com sintomas subliminares ou leves utilizem-se abordagens valorizando a busca de solução de problemas³⁸⁸, já consolidadas como terapias³⁸⁹.

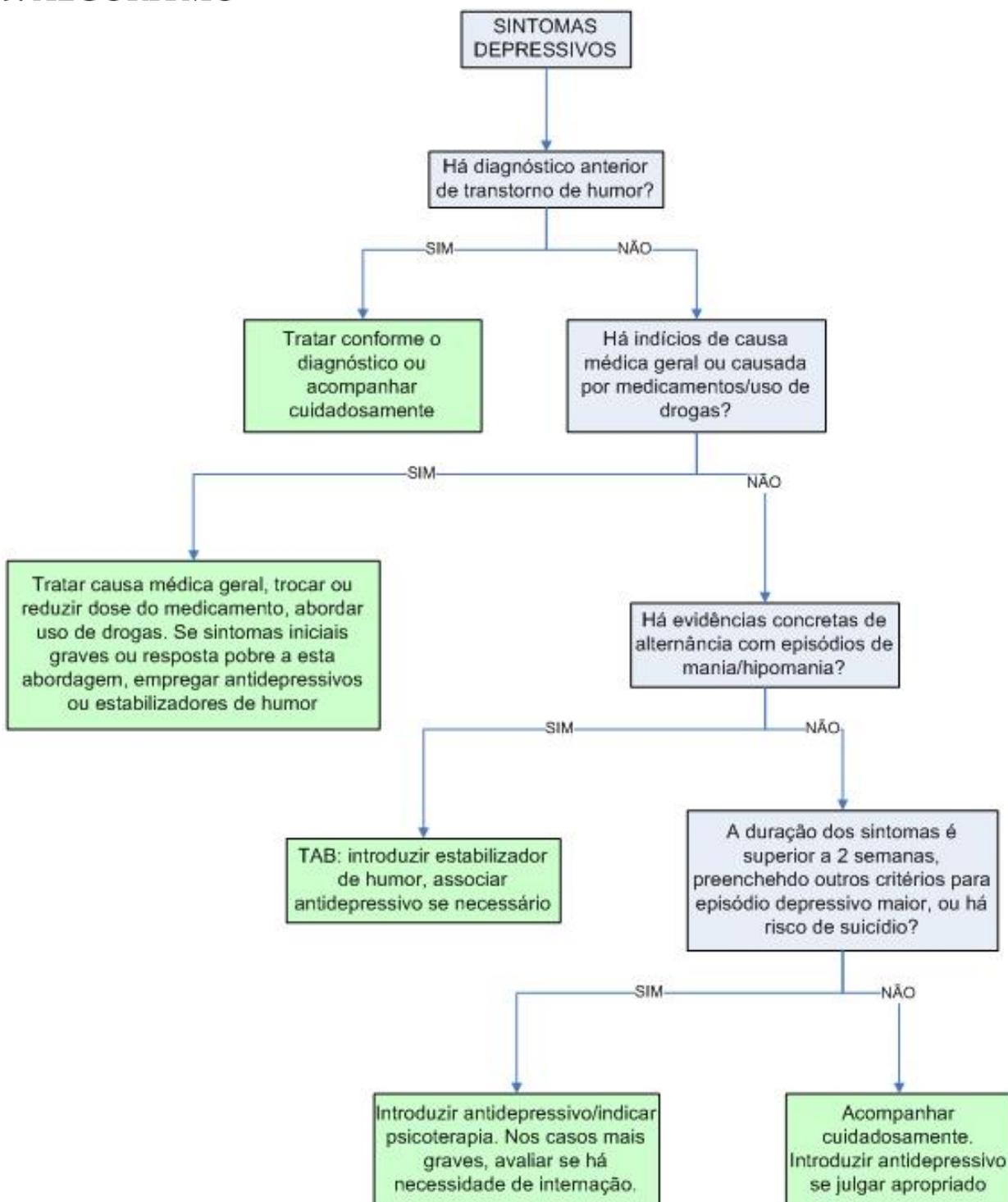
A terapia de solução de problemas aborda questões relacionais ou vitais em etapas, determinando suas principais metas, avaliando os obstáculos que estão bloqueando esses objetivos, e se envolvendo na resolução do que pode ser solucionado e aceitação do que é incontornável:

- 1) identificação de problemas;
- 2) geração de múltiplas soluções alternativas;
- 3) escolha da melhor solução dentre as alternativas;
- 4) desenvolvimento de um plano;
- 5) implementação de uma tática de resolução de problemas;
- 6) avaliação da eficácia do método usado.

³⁸⁸ OMS. **Problem-solving approach in people with depressive symptoms** (in absence of depressive episode/disorder). Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/other_disorders/q3/en/index.html>.

³⁸⁹ CUIJPERS, P.; Van STRATEN, A.; WARMERDAM, L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. **European Psychiatry**, 2007, 22:9-15. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194572>>.

9. ALGORITMO



Fonte: MANSUR, C.G.; DUARTE, L.S. Depressão e mania. Medicina Net. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/52/depressao_e_mania.htm> .

Transtornos Afetivos Bipolares

Protocolo de Acolhimento



Quadro de Alphonse Mucha fotografado em Praga por Øyvind Holmstad.



Fruta, de Alphonse Mucha, 1897.

Alan Indio Serrano
Jair Abdon Ferracioli
Rosalie Kupka Knoll
e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. A inclusão na linha de cuidado

A equipe de atenção primária tem um papel fundamental na identificação de casos que possam representar transtornos afetivos bipolares e integrá-los a uma linha de cuidado em saúde mental. Como a atenção primária é a organizadora do sistema, cabe a ela saber onde um usuário de sua área de adscrição está sendo tratado. Seu contato com ele e seu apoio poderá melhorar grandemente sua qualidade de vida. O maior problema no tratamento dos transtornos afetivos bipolares, que se manifestam ciclicamente, com períodos sintomáticos e períodos de acalmia, é o abandono do tratamento, quando sintomas desaparecem. A atenção primária, através de visitas domiciliares, pode trabalhar no resgate dos desistentes.

As linhas de cuidado constituem-se em modelos matriciais de organização da atenção à saúde que visam a integralidade do cuidado e conjugam ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos níveis da atenção, como também uma visão global das condições de vida.

O atendimento pode se dar em qualquer ponto do sistema de saúde: no SAMU, no pronto-socorro do hospital, na UPA, na unidade básica, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e assim por diante. O interessante é que o usuário, após ter seu quadro clínico estabilizado num CAPS, possa ser acompanhado pela equipe de saúde da família. A equipe, idealmente, poderia esclarecer possíveis dúvidas, com os especialistas que lhe dão apoio matricial em saúde mental.

Independentemente do ponto em que o cidadão for atendido, os profissionais de saúde deverão avaliar qual o grau de severidade de seus sintomas

atuais, como está sua capacidade de funcionamento, seu grau de insight, se há sintomas de psicose ou não, se há riscos financeiro (por prodigalidade e esbanjo) e riscos de agressão a terceiros (por exagero da autoconfiança ou por delírio de grandeza ou persecutório). Deverão avaliar, também, a natureza e a intensidade do suporte familiar e do potencial de suporte social a ser utilizado. A partir daí os profissionais de saúde poderão avaliar o quanto o paciente está capacitado para combinar com eles as formas de manter um tratamento, se sua capacidade de julgamento e crítica lhe permite fazer acordos e cumpri-los, se os impulsos podem ser controlados de forma socialmente aceitável. A partir daí a equipe já poderá definir se o tratamento compreenderá, no momento, medicação ou não, se ela será oral ou injetável, e se será voluntário ou involuntário. A noção geográfica da rede municipal e regional precisa ser conhecida pelos profissionais, pois eles deverão saber para onde se pode encaminhar o paciente, em caso de o serviço precisar enviá-lo a uma referência sequencial.

Para o tratamento sequencial da bipolaridade, propõe-se uma aliança terapêutica, incluindo a equipe de saúde, os membros da família e o paciente, com o propósito de promover a participação ativa e adesão do paciente a seu tratamento³⁹⁰. É importante que cada membro do sistema de sustentação do paciente – e ele mesmo – ocupe uma posição de responsabilidade para contribuir no tratamento e garantir a adesão. Reuniões da equipe de saúde com o paciente, seus familiares e outras pessoas importantes em sua vida podem definir os papéis de cada um, melhorar a tolerância aos sintomas, aprimorar a capacidade de entender a doença e de detectar sinais de melhora e de piora. O uso da medicação deve ser discutido nestas condições. Em CAPS se pode montar, também, grupos de pessoas que usam lítio.

2. Recomendações gerais aos profissionais de saúde atendendo transtornos bipolares

O transtorno afetivo bipolar é um problema clínico comum, que pode ser eficazmente tratados com uma combinação de medicamentos e de intervenções psicossociais. Contudo, é comum que pessoas com transtorno bipolar descumpram os tratamentos recomendados e com elas combinados nas unidades de saúde, ou mesmo os abandonem. Logo, diversos fatores devem ser levados em conta na elaboração de um plano terapêutico individual para um usuário bipolar. Algumas recomendações, parcialmente inspiradas em protocolos tradicionais^{391, 392, 393} são altamente úteis. Buscamos adaptá-las às condições brasileiras:

Recomendação 1:

A equipe deve fazer uma cuidadosa avaliação e, se necessário, reavaliações frequentes e sequenciais do caso.

³⁹⁰ Trata-se do modelo participativo preconizado na PUC de Campinas. Vide: BALLONE, G.J. Tratamento do Transtorno Bipolar do Humor. **PsiquWeb**, 2015. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=267>>.

³⁹¹ MASSACHUSETTS, Commonwealth of. **Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Bipolar Disorder in Adults**. Boston: Massachusetts Department of Mental Health, 2002.

³⁹² CANMAT. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. Bipolar Subcommittee recommendations. **Canadian Journal of Psychiatry**, 1997; 42 SUPPL 2:69S-100S.

³⁹³ NICE. Bipolar disorder: assessment and management. **Guidelines CG185**, set 2014, updated feb 2016. Londres: National Institute for Health and Care Excellence, NHS. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/About-this-guideline>>.

Ao se deparar com uma suspeita de transtorno bipolar, o retorno do usuário deve ser agendado para breve. Sem se saber, ainda, qual o padrão da ciclagem, não se sabe se o episódio vai remitir rapidamente, se ele vai se agravar, ou se vai mudar de padrão. Para um caso novo, vivenciando crise de humor (maníaca, hipomaníaca, depressiva ou mista), é aconselhável que a equipe de saúde tenha contato assíduo com o usuário. Sua ida diária ao CAPS, ou a visita de um membro da equipe de saúde à sua casa, pode ser de grande valia. Seria bom se o médico pudesse reexaminá-lo pelo menos uma semana após a primeira consulta, pois a sintomatologia pode mudar rapidamente. Somente os casos já conhecidos, bem estudados, podem ter agendamentos espaçados. Somente usuários de longo tempo, que tenham um bom entendimento da doença, com os sintomas sob controle, assintomáticos, podem fazer consultas espaçadas e eventuais.

Enquanto a equipe de saúde ainda não conhece bem o usuário e seu padrão de variação do humor, pode pedir a ele ou a familiar íntimo, que anote os fatos mais chamativos e as variações importantes do humor em um diário. O uso de um “diário de humor” simples e claro pode ser valioso para esclarecer a sequência temporal dos sintomas.

A reavaliação diagnóstica é extremamente importante (1) para as pessoas nas quais o tratamento foi parcialmente eficaz e (2) para as pessoas que apresentam recaída dos sintomas.

Há recomendações úteis para os casos de recaída ou quando houve pouca ou nenhuma melhora após o tratamento inicial:

1. Reavaliar o diagnóstico, com atenção ao perfil dos sintomas, a sintomas atípicos, à história familiar, a doença comórbidas (tais como psicose não tratada, abuso de substâncias ou outras doenças orgânicas).
2. Avaliar se há problemas no vínculo terapêutico ou na adesão ao tratamento medicamentoso.
3. Avaliar traços de personalidade, assim como a presença de estressores atuais e de fatores psicossociais e familiares que estejam influenciando sobre a conduta e o humor, ou estejam prejudicando a adesão ao tratamento. Alguns usuários apresentam traços constitucionais de personalidade, com componentes narcísicos, que dificultam o seguimento da terapia e a montagem de um vínculo terapêutico.
4. Avaliar a dosagem da medicação, avaliar se o tempo de uso da medicação foi o adequado e considerar medir as concentrações séricas do medicamento. Lembrar que algumas pessoas precisam ingerir doses maiores de lítio para chegar à janela terapêutica.
5. Considerar a obtenção de informações sobre quais tratamentos foram eficazes para familiares porventura portadores de quadros bipolares.
6. Avaliar fatores de confusão, como a perda de resposta a alguma medicação e potenciais efeitos de drogas prescritas por outros médicos. Avaliar possíveis interações medicamentosas entre drogas usadas.
7. Se possível, quando persistem dúvidas diagnósticas, deve-se solicitar supervisão, matriciamento ou consulta de ligação com especialista experiente.
8. Entender efeitos culturais sobre as relações que os usuários montam com os serviços e com as práticas clínicas. Muitas vezes questões religiosas podem influir, positiva ou negativamente sobre o tratamento. Preconceitos precisam ser trabalhados, eventualmente. O uso de ervas medicinais deve ser avaliado quanto a possíveis interações farmacológicas (o *Hipericum*

perforatum ou erva de São João, por exemplo, interage com tricíclicos, inibidores seletivos de recaptção da serotonina, ciclosporina, dextrometorfano, digoxina, loratadina, cetirizina, fexofenadina, methotrexate, anti-retrovirais, triptanos, antifúngicos, estatinas, anticonvulsivantes, tranquilizantes menores, etc.. A valeriana interage com anticonvulsivantes, tranquilizantes menores, tricíclicos, anti-histamínicos, estatinas, antifúngicos, etc.).

Uma história familiar de transtorno bipolar é preditora de aumento de probabilidade para quem apresentar variações bifásicas de humor inicialmente manifestadas na forma de depressão grave. Em crianças, adolescentes ou adultos jovens, a presença de depressão psicótica ou de episódios recorrentes de depressão atípica ou de depressão com características obsessivo-compulsivas levanta forte suspeita de futuro aparecimento de bipolaridade.

O clínico deve planejar intervenções que tenham um menor risco de mudar o paciente da depressão para a mania. Deve buscar diminuir as tendências à ciclagem rápida e amenizar as manifestações de estados mistos e de sintomas psicóticos.

Recomendação 2:

Estabelecer um bom vínculo de tratamento, entre a equipe e o usuário, envolvendo, se possível, sua família.

O vínculo poderá depender de atitudes pedagógicas e psicoterápicas. Considerando que a farmacoterapia racional é eficaz e ocupa um lugar central na gestão de transtorno bipolar. Contudo, ela depende do estabelecimento de uma aliança terapêutica de qualidade, com a equipe do serviço. Muitos usuários, ao sentirem que os sintomas estão remitidos, decidem abandonar o tratamento, pensando não mais necessitar dele. Somente reaparecem no serviço de saúde quando estão entrando em novo episódio bipolar. Personalidades histriônicas complexas, paranóides e emocionalmente instáveis (bordelines e explosivas), quando agravadas por traços narcísicos intensos, podem dificultar a sequência do tratamento.

Uma compreensão do paciente, de sua família e dos amigos, sobre a doença facilita o desenvolvimento de estratégias específicas de apoio, de monitoramento e de intervenções. Inculcando esperança na possibilidade de controle dos sintomas e da prevenção de novas recaídas, a equipe pode ajudar o paciente e a família a entender a característica recorrente (cíclica) e a natureza flutuante da doença. A gestão eficaz e empática de sentimentos de negação, culpa, auto-culpa e hostilidade, num ambiente de psicoeducação adequada, pode melhorar o potencial de uma aliança terapêutica saudável e facilitar o desenvolvimento de um plano terapêutico individualizado e colaborativo, melhorando a adesão. Se o paciente fizer uma adesão ótima ao tratamento o risco de recaída e de complicações (incluindo o aumento da morbidade e mortalidade) diminui. Muitos pacientes costumam usar a negação ou a minimização dos problemas decorrentes da bipolaridade. Um número significativo de pacientes reluta em abandonar os aspectos prazerosos dos episódios maníacos e hipomaníacos (o aumento do desejo e da energia, o excesso de auto-confiança e a falsa sensação de tudo poder, pela diminuição da capacidade de julgamento). Muitos optam por boicotar o tratamento ao temer uma redução sua inflada produtividade e criatividade, ou ao perceber hipomania e mania como um contraponto eficaz para o sentimento desesperançoso e melancólico outrora sentido. Os efeitos adversos, os planos de gravidez, os riscos teratogênicos, as opiniões negativas sobre medicamentos no paciente, família, amigos e profissionais de saúde também afetam a adesão ao tratamento.

Um ingrediente essencial da aliança terapêutica é a criação de um ambiente em que o indivíduo pode sentir-se livre para discutir vários aspectos da sua doença, incluindo a satisfação ou insatisfação com medicamentos. Ignorar os regimes de farmacoterapia recomendados, sem discutí-los com a equipe de saúde, resulta em exacerbação da doença.

Há necessidade de estabelecer ritmos sociais e biológicos saudáveis, desde o início do tratamento. A privação ou a diminuição do sono pode provocar ou agravar a hipomania e a mania. O abuso de substâncias psicoativas pode induzir, agravar e manter um transtorno de humor, em pessoas predispostas. Ter padrões saudáveis de sono, alimentação, interação social, atividade física e envolvimento social e num trabalho compensador são fatores significativamente benéficos e protetores.

Apesar de o transtorno bipolar não ser uma doença curável, ele geralmente pode ser gerido de forma eficaz, com uma combinação de intervenções psicoeducacionais, farmacoterapêuticas, psicoterapêuticas e sociais. A prevenção de recorrências e recaídas merece grande atenção. Estas recidivas podem ter um efeito cumulativo, deteriorando a resposta ao tratamento. O diagnóstico precoce e o tratamento ideal, portanto, podem melhorar significativamente as chances de remissão e propiciar melhor qualidade de vida.

Recomendação 3:

Apoio, psicoeducação e psicoterapia para pacientes e familiares quando necessário

É útil ajudar o usuário e sua família a identificar uma rede de apoio, constituída por pessoas dispostas que, de uma forma prática e sem estigmatização, envolvam-se quando procuradas. Os planos a serem feitos com tais apoiadores devem incutir esperança e serem voltados a metas realistas e atingíveis. Alguns usuários necessitam de assistência ativa para manter e não comprometer os relacionamentos-chave, o emprego e a situação financeira durante a crise afetiva. A equipe de saúde pode ajudar o usuário e sua rede de apoio na identificação dos sinais de alerta precoce de transtorno afetivo iminente (por exemplo, distúrbios do sono, mudanças nos padrões de uso de álcool, problemas de relacionamento interpessoal, de comportamento acadêmico ou de trabalho disfuncional). Tais temas devem ser abordados no projeto terapêutico individual.

A psicoeducação pode ser considerada uma modalidade de intervenção que visa propiciar melhores condições de entendimento e compreensão da patologia, bem como salientar e potencializar os aspectos positivos do paciente³⁹⁴.

Dependendo do caso, a psicoeducação pode incluir todos ou alguns dos seguintes tópicos:

- 1) Reconhecimento e aceitação da doença.
- 2) Identificação dos gatilhos para a recaída e os primeiros sinais de problemas.
- 3) Padronização rotinas diárias.
- 4) Estratégias para lidar com os amigos e a família e minimização de estressores.
- 5) Aprender a lidar melhor com as mudanças de humor.
- 6) Entendimento da necessidade do uso da medicação e de como seguir a prescrição corretamente.
- 7) Os riscos potenciais do uso de substâncias psicoativas, os problemas relacionados às drogas ilícitas e à automedicação.

³⁹⁴ FIGUEIREDO, Â. L. et al. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, Campinas-SP, 2009, Vol. XI, nº 1, 15-24. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/412/306>>.

- 8) Informações sobre grupos de auto-ajuda para problemas específicos, se houverem (por exemplo, a frequência a grupo de Alcoólicos Anônimos para dependentes de bebidas alcoólicas é interessantíssimo).
- 9) Planejamento familiar.
- 10) Riscos relativos a doenças sexualmente transmissíveis.
- 11) Informações sobre recursos e eventuais encaminhamentos para serviços de apoio, tais como CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), serviços previdenciários (INSS), comunidades terapêuticas para dependentes químicos, centros de reforço escolar, serviços de aperfeiçoamento profissional (SESI, SENAI), por exemplo.
- 12) Devem ser feitos esforços para fazer psicoeducação compreensível, dada a linguagem do indivíduo, sua origem, cultura e nível de leitura.

O artigo seminal de Colom e Vieta³⁹⁵ propõe um programa psicoeducacional de 12 sessões, nascido em Barcelona, para pacientes bipolares e seus familiares, com os seguintes pontos:

- 1) Informação sobre os altos índices de recorrência associados à doença e à sua condição crônica;
- 2) Informação sobre os fatores de desencadeamento e um treinamento pessoal para auxiliar os pacientes a identificarem os seus próprios;
- 3) Informação sobre os agentes psicofarmacológicos, suas vantagens e seus potenciais efeitos colaterais;
- 4) Treinamento na detecção precoce dos sintomas prodrômicos;
- 5) Composição de um "plano de emergência";
- 6) Treinamento sobre o manejo dos sintomas;
- 7) Informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, café e álcool;
- 8) Ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção, especialmente hábitos de sono;
- 9) Promoção de hábitos saudáveis;
- 10) Treinamento em gerenciamento de estresse;
- 11) Informação concreta sobre alguns assuntos como gravidez e transtornos bipolares e risco de suicídio;
- 12) Lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados à doença que os pacientes bipolares não podem discutir facilmente com seus amigos "saudáveis".

A qualidade das evidências científica favoráveis à psicoeducação têm bom suporte (há pelo menos um estudo randomizado controlado, feito no Canadá³⁹⁶).

Várias abordagens psicoterapêuticas coadjuvantes têm sido utilizados com pacientes bipolares como hipotéticos mecanismos de mudança. As principais modalidades psicoterapêuticas que podem ser úteis para alguns pacientes são a terapia de grupo, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia familiar sistêmica e a terapia psicodinâmica (psicanaliticamente orientada).

A recomendação de incluir uma dimensão psicoterápica e psicossocial do cuidado de pessoas bipolares é baseado em um forte consenso clínico sobre a existência de suporte preliminar para psicoterapia e para outras intervenções

³⁹⁵ COLOM, F.; VIETA, . Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 26, supl. 3, Oct. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700011&lng=en&nrm=iso>.

³⁹⁶ PARIKH, S.V.; ZARETSKY, A.; BEAULIEU, S. et al. A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) study. **J Clin Psychiatry**. 2012 Jun;73(6):803-10. doi: 10.4088/JCP.11m07343. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22795205>> . Também em: <<http://www.drthimothylau.com/documents/CBT%20vs%20psychoed%20in%20bipolar%20JCP%202012.pdf>>.

psicossociais. Empiricamente sabe-se do efeito das psicoterapias, contudo há problemas metodológicos para montar pesquisas comparativas (envolvendo grande número de sujeitos, capazes de afeirir, com rigor e objetividade, seus efeitos) e comparar sua validade. A prática clínica dos Centros de Atenção Psicossociais, muitas vezes, envolve uma síntese de abordagens adaptadas às necessidades e preferências do paciente, bem como aos recursos dos terapeutas.

Intervenções psicoterápicas podem melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, especialmente ao lítio, reduzir a recaída, aprimorar a comunicação familiar melhorar o resultado global da abordagem. A terapia focada na família pode ajudar a apressar a recuperação e manter o sujeito em remissão por mais tempo³⁹⁷. Por várias razões práticas é difícil montar um cenário para exercer terapia familiar regular. Mesmo assim, os membros da família podem e devem ser parceiros integrais no processo de reabilitação através de envolvimento e de contato regular. Há um amplo espectro de envolvimento que a família pode ter no plano de tratamento. Os planos de tratamento podem refletir a singularidade de cada sistema familiar.

Iniciativas na área da reabilitação, supervisionadas por terapeutas ocupacionais, podem ser utilizadas quando a pessoa demonstra déficits funcionais capazes de interferir significativamente no desempenho de responsabilidades cotidianas, de funções e de interesses. Essas áreas incluem as atividades da vida diária (higiene, vestir, alimentação, medicação de rotina, manutenção da saúde, socialização, comunicação funcional, mobilidade funcional, resposta de emergência), trabalho e atividades produtivas (administração da casa, cuidar dos outros, oportunidades educacionais, as atividades de formação profissional), lazer (capacidade de experimentar e identificar interesses de lazer novos e pessoalmente gratificante e capacidade de envolver e aumentar os níveis de habilidade em atividades de lazer passados). Terapia ocupacional pode auxiliar pessoas para estabelecer rotinas diárias saudáveis e equilibrar as funções e responsabilidades, a aumentar habilidades vocacionais funcionais e melhorar os comportamentos de trabalho necessário para encontrar, obter e manter um emprego remunerado.

A manutenção de uma aliança entre o paciente, a família e a equipe de saúde deve ser um objetivo principal em todas as fases do tratamento. Ela se baseia nos princípios de terapia de apoio sempre que o paciente esteja mais gravemente doente, em especial nos quadros depressivos. Durante a fase maníaca as psicoterapias formais não têm demonstrado utilidade. Porém, algumas técnicas psicoterapêuticas, como a construção de vínculos e de alianças, a discussão e o estabelecimento de limites, a adoção de medidas de suporte, a redução dos estímulos e o uso de técnicas comportamentais pontuais mostram-se de grande utilidade.

Recomendação 4:

O profissional de saúde deve valorizar o uso dos protocolos, diretrizes e linhas guias.

Após o protocolo da Texas Implementation of Medication Algorithms Project, de 2005, várias diretrizes de tratamento baseadas em evidências para o transtorno bipolar foram publicadas a partir de 2009: as do projeto australiano, as da British Association for Psychopharmacology e as produzidas pela International

³⁹⁷ MIKLOWITZ, D.J. et al. Early psychosocial intervention for youth at risk for bipolar I or II disorder: a one-year treatment development trial. **Bipolar Disord.** 2011;13(1):67-75. Disponível em: <<http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2812%2900775-7/abstract>>.

MIKLOWITZ, D.J.; OTTO, M.W.; FRANK, E. et al. Psychosocial Treatments for Bipolar Depression: A 1-Year Randomized Trial From the Systematic Treatment Enhancement Program. **Arch Gen Psychiatry.** 2007;64(4):419-426. doi:10.1001/archpsyc.64.4.419. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210013>>.

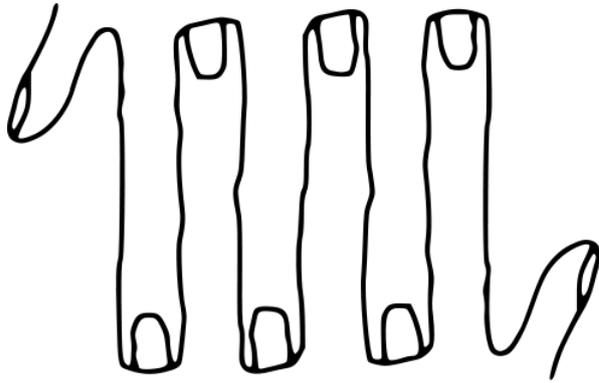
Society for Bipolar Disorders e a Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT).

Uma das mais completas pesquisas atuais sobre as diretrizes baseadas em evidências, hoje em vigor no mundo, para diagnóstico e tratamento de adultos com transtorno bipolar, é a de Connolly e Thase (2011)³⁹⁸. Segundo ela, mesmo após passada a fase aguda, a farmacoterapia deve ser continuada, sob monitoramento. A psicoeducação individual ou em grupo, para prevenir recaídas e melhorar a adesão ao tratamento, deve ser oferecida.

Apesar das dificuldades da empreitada de construção e aplicação de diretrizes, algumas delas temperadas por uma carência de realismo, as linhas guia têm se mostrado indispensáveis ao bom desempenho dos sistemas de saúde do século XXI³⁹⁹.

³⁹⁸ Esta pesquisa utilizou o banco de dados do National Guideline Clearinghouse, a base de dados da Agency for Healthcare Research and Quality Evidence Reports e a Cochrane Database of Systematic Reviews. Adicionalmente envolveu a consulta ao banco de dados PubMed e pesquisas de sites de fabricantes de drogas para os ensaios não publicados, identificando estudos controlados e randomizados e metanálises de avaliação de estratégias para tratar a depressão resistente. Selecionou dados de ensaios clínicos randomizados, metanálises e ensaios naturalistas bem conduzidos publicados desde 2005. Vide: CONNOLLY, Kevin R.; THASE, Michael E.. The Clinical Management of Bipolar Disorder: A review of evidence-based guidelines. **Prim Care Companion CNS Disord.** 2011; 13(4): PCC.10r01097. doi: 10.4088/PCC.10r01097. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3219517/>>.

³⁹⁹ VIETA, E.; MURRU, A.; ROSSI, A. Treatment guidelines for bipolar disorder: a bit unrealistic, but indispensable. **Giorn Ital Psicopat** 2010;16:380-388. Disponível em: <<http://www.gipsicopatol.it/issues/2010/vol16-4/07Vieta.pdf>>.



Mãos, Nevit, 2007 (GNU Free Doc. License).

Bipolaridade

Protocolo Clínico

Guilherme Mello Vieira
Alan Índio Serrano
Noemia Liege M. da Cunha Bernardo
Jair Abdon Ferracioli
Anna Paula G. Macarini
Mário Aurélio Aguiar Teixeira
e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. A BIPOLARIDADE

Os transtornos bipolares representam doenças cíclicas, que podem se manifestar a qualquer época da vida, em pessoas geneticamente predispostas. Caracterizam-se por episódios maníacos, episódios depressivos, ou episódios mistos (maníacos e depressivos) capazes de durar várias semanas, entremeados por intervalos assintomáticos (fases de remissão). São complicados pela alta comorbidade e pelo risco de resultados sanitários pobres.

A Portaria 315, de 30 de março de 2016, do Ministério da Saúde, aprovou um protocolo nacional e diretrizes de tratamento para o transtorno afetivo bipolar do tipo I. Este protocolo é totalmente coerente com o do Ministério da Saúde, contendo alguns aspectos complementares.

Denomina-se tipo I a forma clássica do transtorno afetivo bipolar, em que o paciente apresenta os episódios maníacos alternados com os depressivos. Neste tipo, fases maníacas não precisam necessariamente ser seguidas por fases depressivas, nem as depressivas por maníacas. Na prática há uma tendência de ocorrerem várias crises de um tipo e poucas do outro. Muitos deprimidos só tiveram uma fase maníaca enquanto as depressivas foram numerosas. O tipo II caracteriza-se por não apresentar episódios de mania, e sim de hipomania seguida de depressão.

O tipo II caracteriza-se por não apresentar episódios de mania, e sim de hipomania seguida de depressão.

A equipe de saúde da família tem um papel vital na melhoria da qualidade de vida do paciente, como provedora de cuidados primários. A gestão dos episódios de humor agudos deve se concentrar primeiro na segurança. Na dúvida sobre o retorno dos sintomas, deve-se solicitar uma consulta psiquiátrica e começar novo tratamento com lítio, somado temporariamente a fármacos sintomáticos: neuroléptico na mania (haloperido, por exemplo) e psicoanaléptico (inibidor seletivo de recaptção da serotonina ou tricíclico) na depressão.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco

Episódio atual correspondente à descrição de uma hipomania tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaniaco, maniaco, depressivo ou misto).

F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco sem sintomas psicóticos

Episódio atual maniaco correspondente à descrição de um episódio maniaco sem sintomas psicóticos (F30.1), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaniaco, maniaco, depressivo ou misto).

F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maniaco com sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio maniaco com sintomas psicóticos (F30.2), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaniaco, maniaco, depressivo ou misto).

F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo leve ou moderado (F32.0 ou F32.1), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaniaco, maniaco ou misto bem comprovado.

F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio atual correspondentes à descrição de um episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaniaco, maniaco ou misto bem documentado.

F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaniaco, maniaco ou misto bem comprovado.

F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maniaco, hipomaniaco ou misto bem documentado, e episódio atual caracterizado pela presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos ou por uma alternância rápida de sintomas maníacos e depressivos.

Exclui: episódio afetivo misto isolado (F38.0)

F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maniaco, hipomaniaco ou misto muito bem comprovado, e de ao menos um outro episódio afetivo (hipomaniaco, maniaco, depressivo ou misto) mas sem nenhuma perturbação significativa do humor, nem atualmente nem no curso dos últimos meses. As remissões sob tratamento profilático devem ser classificadas aqui.

F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares

Episódios maníacos recidivantes SOE

Transtorno bipolar II (marcado pela alternância de episódios depressivos com pelo menos um episódio hipomaniaco, sem ter tido crise maníacas clássicas)

F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado

3. DIAGNÓSTICO

Transtorno cíclico, caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, podendo consistir, em algumas ocasiões, de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) ou de um rebaixamento do humor e de

redução da energia e da atividade (depressão). Mais raramente ocorrem episódios complexos, mistos, de mania e depressão concomitantes.

A coleta da história clínica, a anamnese e o exame devem observar os critérios da décima versão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde.

Deve-se fazer o diagnóstico diferencial, evitando confundir outras condições com o transtorno afetivo bipolar, pois podem ocorrer manias e depressões secundárias a outras causas. Veja-se o quadro:

Diagnóstico diferencial do transtorno afetivo bipolar

Mania secundária	Induzida por drogas	Por intoxicação ou abuso de: álcool, LSD, anfetaminas, simpaticomiméticos, benzodiazepínicos, corticosteroides, isoniazida, levodopa, tiroxina, zidovudina. Por abstinência de álcool, benzodiazepínicos, β -bloqueadores
	Metabólica	Hemodiálise, reações idiossincrásicas pós-operatórias, tireotoxicose, deficiência de vit. B ₁₂ , síndrome de Cushing
	Infecciosa	Influenza, encefalite, HIV, neurosífilis
	Neurológica	Neoplasia, convulsão parcial complexa, doença de Wilson, doença de Huntington, esclerose múltipla, AVC
Depressão secundária	Induzida por drogas	Intoxicação ou abuso de: opioides, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, álcool, reserpina. Por abstinência de: cocaína, anfetaminas, simpaticomiméticos
	Metabólica	Uremia, deficiência de niacina (pelagra), de B ₁₂ , anemia, hipotireoidismo, síndrome de Cushing, doença de Addison, apneia do sono, intoxicação por metal pesado, síndrome paraneoplásica
	Infecciosa	Doença de Lyme, neurosífilis, HIV, síndrome de Behçet, meningite
	Neurológica / cérebro-vascular	Isquemia, AVC, neoplasia, convulsões parciais complexas, estado pós ictal, hidrocefalia de pressão normal, doença de Parkinson

Fonte: Baseado em: STERN et al, 2004⁴⁰⁰.

Nenhum sinal ou sintoma psicopatológico é, por si, patognomônico. A confecção do diagnóstico deve levar em conta que os critérios da CID apresentam certo grau de subjetividade, devendo-se evitar a psicologização, a medicalização e a farmacologização de sentimentos e condições humanas normais. A psicologização e a psiquiatrização dos discursos familiares e escolares criam, seguidamente, abusos na interpretação de desvios sociológicos. Isto tem consequências complexas, especialmente para as crianças, pois há setores da sociedade que impulsionam os médicos a assumirem um discutível papel de agente tutelar das famílias⁴⁰¹. Na ausência de certeza e de possibilidade de comprovação, deve-se ter o cuidado de não adicionar comentários escritos ou de criar documentos, capazes de ser utilizados para atribuir nexos causais ou contributivos, mesmo que superficiais. Documentos emitidos por membros das equipes de saúde podem ser

⁴⁰⁰ STERN, T.A.; FRICCHIONE, G.L.; CASSEM, N.H. et al. (editors). **Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry**. 5th edition. Philadelphia, PA: Mosby; 2004. pp. 119–134.

⁴⁰¹ KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso>.

utilizados em processos administrativos, previdenciários, éticos ou judiciais, de formas não imaginadas por quem os assinou.

Os transtornos afetivos bipolares são doenças e não se confundem com reações e estados transitórios desagradáveis normais. Não se confundem com variações neuróticas das emoções e dos sentimentos. Não se confundem com reações explicáveis por ajustamentos ou desajustes diante de fatos da vida social e afetiva, e nem por reações próprias das características da personalidade da pessoa.

Em caso de indícios de transtorno bipolar ainda sem comprovação clínica, o profissional deverá deixar claro que apenas suspeita, sem atribuir o rótulo ao caso. Poderá colocar no documento de encaminhamento somente o código F3 ou usar o código F31.9.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos e crianças com 10 anos ou mais, pois a literatura é pobre em estudos sobre crianças com menos de 10 anos de idade^{402, 403}.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Hipersensibilidade aos fármacos;
- b) Psicose alcoólica ou tóxica;
- c) Dependência grave de fármacos psicoativos, em síndrome de abstinência;
- d) Pessoa com absoluto desinteresse em se tratar;
- e) Ausência de aderência ao tratamento ou falta de acompanhamento médico adequado.
- f) Menores de 10 anos de idade.

6. CASOS ESPECIAIS

Os casos especiais são abordados no corpo do protocolo, e compreendem comorbidades no transtorno afetivo bipolar, crianças e adolescentes, grávidas, episódio maníaco agudo, episódios mistos, ciclagem rápida, depressão aguda bipolar com ciclagem rápida, efeitos colaterais e risco importante de suicídio.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades sanitárias da rede primária, centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios, hospitais, prontos-socorros, SAMU, UPA.

8. TRATAMENTO

8.1 Fármacos

⁴⁰² LIU, H.Y.; POTTER, M.P.; WOODWORTH, K.Y. et al. Pharmacologic treatments for pediatric bipolar disorder: a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:749-62. Disponível em: <<http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2811%2900444-8/abstract>>.

⁴⁰³ TRAMONTINA, S.; SCHIMITZ, M.; POLANCZYK, G. et al. Juvenile Bipolar Disorder in Brazil : Clinical and Treatment Findings. *Biological Psychiatry* 53: 1043-1049, 2003. Disponível em: <<http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223%2803%2900008-8/pdf>>.

O carbonato de lítio é o padrão ouro para o tratamento e a profilaxia do transtorno afetivo bipolar^{404, 405, 406, 407}. Sua dose usual é de 900 a 1.800 mg / dia, sob monitoramento da litemia, que deve ficar entre 0,6 e 1,2 mEq/l. Há níveis tóxicos a partir de 1,5 mEq/l. O tempo para que o lítio alcance níveis estáveis é de 5 a 7 dias. Logo, na segunda semana de tratamento se pode solicitar a dosagem de lítio no sangue.

O lítio deve ser administrado com alimentos para diminuir os efeitos gastrointestinais. Não partir ou quebrar os comprimidos porque são de liberação prolongada. Antes de iniciar o tratamento com lítio é indicado o exame clínico laboratorial (hemograma, creatinina, uréia, eletrólitos, T4, livre, TSH, ECG). Durante o tratamento com lítio é importante recomendar a ingestão de 2 a 3 litros de líquidos por dia.

O protocolo britânico preconiza que, na falta de resposta ao lítio, seja utilizada a carbamazepina⁴⁰⁸, deixando-se o ácido valpróico como terceira opção. No Brasil vem crescendo a tendência de usar o ácido valpróico como estabilizador de humor de segunda linha.

As doses de carbamazepina podem variar de 400 mg a 1.600 mg por dia, mas a posologia usual é de 400 a 600 mg ao dia, dividida em 2 a 3 doses. Em mania aguda, a posologia deve ser aumentada mais rapidamente. Para a terapia de manutenção em distúrbios bipolares, são recomendados pequenos aumentos de dose a fim de proporcionar tolerabilidade ótima.

A carbamazepina é comparável ao lítio em termos de eficácia e segurança, tanto para o tratamento da mania aguda, quanto na manutenção, sempre que tenha ocorrido um episódio bipolar⁴⁰⁹.

⁴⁰⁴ KECK, P.E., Jr . Pharmacologic treatment of depression. In: KUPFER, D.J. (editor). **Bipolar Depression: The Clinicians Reference Guide**. Montvale, NJ: **Current Psychiatry**; 2004. pp. 27–43.

⁴⁰⁵ NIVOLI, A.M.; MURRU, A.; VIETA, E. Lithium: still a cornerstone in the long-term treatment in bipolar disorder? **Neuropsychobiology** 2010;62(1) :27-35. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=dare_abstracts&id=DARE12010004904&lib=COC>.

VIETA, E.; LOCKLEAR, J.; GUNTHER, O.; EKMAN, M.; MILTENBURGER, C.; CHATTERTON, M.L.; ASTROM, M.; PAULSSON, B. Treatment options for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials. **Journal of Clinical Psychopharmacology** 2010; 30(5): 579-590. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20814319>>.

⁴⁰⁶ PERUZZOLO, Tatiana Lauxen et al . Pharmacotherapy of bipolar disorder in children and adolescents: an update. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 35, n. 4, Dec. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000400393&lng=en&nrm=iso>.

⁴⁰⁷ GRUNZE, Heinz; VIETA, Eduard; GOODWIN, Guy M.; BOWDEN, Charles; LICHT, Rasmus W.; MÖLLER, Hans-Jürgen; KASPER, Siegfried; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Bipolar Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the Treatment of Acute Bipolar Depression. **FOCUS**, 2011;9:500-525. doi:10.1176/appi.focus.9.4.500. Disponível em: <<http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=181133&RelatedWidgetArticles=true>> e em: <http://wfsbp.globit.com/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/Guidelines_Bipolar_Disorders_2009.pdf>.

⁴⁰⁸ NICE. **Bipolar disorder**: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline n. 38, p. 9. Londres: NHS / NICE, 2006. Disponível em: <www.nice.org.uk/CG038> e <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG38niceguideline.pdf>>.

⁴⁰⁹ CERON-LITVOC, D.; SOARES, B.G.; GEDDES, J.; LITVOC, J.; DE LIMA, M.S. Comparison of carbamazepine and lithium in treatment of bipolar disorder: a systematic review of randomized controlled trials. **Human Psychopharmacology** 2009; 24(1): 19-28. Disponível em: <<http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12009104273#.U2aGSVc6uFg>>.

No caso de depressão, sempre que haja histórico de mania ou hipomania anterior, recomenda-se evitar a monoterapia com antidepressivos⁴¹⁰. Portanto, nos episódios depressivos do transtorno afetivo bipolar associa-se lítio ao inibidor seletivo da receptação da serotonina ou o tricíclico receitado. Os episódios depressivos, como regra, no SUS, são tratados com fluoxetina, exceto nos casos comprovados de ciclagem rápida. A dose de fluoxetina é de 20 mg/manhã.

O Ministério da Saúde, através da Portaria 315, de 30 de março de 2016, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, adotando as recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)⁴¹¹. Esta portaria ampliou grandemente o arsenal terapêutico do SUS para a bipolaridade tipo I.

Pode-se associar ao inibidor seletivo e ao lítio, somente em casos muito graves, com graves sintomas melancólicos e psicóticos (delírios, alucinações, etc.), um neuroléptico, como a quetiapina. A quetiapina^{412, 413} vem sendo utilizada na Europa e na América do Norte, na vigência de sintomas psicóticos na depressão bipolar. Apesar de seus efeitos antipsicóticos corresponderem aos dos neurolépticos típicos, a quetiapina tem efeitos colaterais um pouco mais brandos⁴¹⁴. É uma boa solução atual para os casos graves de depressões melancólicas graves, com delírios e alucinações (sintomas psicóticos).

A clorpromazina, a levomepromazina e o haloperidol são muito sedativos para serem usados em depressões. A tioridazina é um pouco menos sedativa. Poder-se-ia utilizar um neuroléptico incisivo, como a flufenazina ou a trifluoperazina, hoje pouco disponíveis no mercado porque são pouco lucrativas. A flufenazina tem sido usada em sintomas psicóticos, tanto de transtornos bipolares,

____. Comparison of carbamazepine and lithium in treatment of bipolar disorder: a systematic review of randomized controlled trials. **Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)**. 2010. Disponível em:

<http://www.epistemonikos.org/pt/documents/8f77e41311567b4ba3105eccfd39df018362110c?doc_lang=en> e em:

<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=dare_abstracts&id=DARE12009104273&lib=COC>.

⁴¹⁰ NIERENBERG, A.A. A critical appraisal of treatments for bipolar disorder. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**. 2010; 12(Suppl 1): 23–29. doi: 10.4088/PCC.9064su1c.04. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902191/>>.

WIJKSTRA, J.; LIJMER, J.; BURGER, H.; GEDDES, J.; NOLEN, W.A. Pharmacological treatment for psychotic depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 11. Art. No.: CD004044. DOI: 10.1002/14651858.CD004044.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004044.pub3/full>>.

⁴¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. **Clozapina, Lamotrigina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona para o tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, out. 2014. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorio_TranstornoBipolar_CP.pdf>.

⁴¹² DE FRUYT, J. et al. Second generation antipsychotics in the treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Psychopharmacology**, p. 0269881111408461, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21940761>>.

⁴¹³ THASE, M. E. et al. Efficacy of quetiapine monotherapy in bipolar I and II depression: a double-blind, placebo-controlled study (the BOLDER II study). **Journal of clinical psychopharmacology**, v. 26, n. 6, p. 600-609, 2006. <http://journals.lww.com/psychopharmacology/Abstract/2006/12000/Efficacy_of_Quetiapine_Monotherapy_in_Bipolar_I.9.aspx>.

⁴¹⁴ SUTTAJIT, S.; SRISURAPANONT, M.; XIA, J.; SUTTAJIT, S.; MANEETON, B.; MANEETON, N. Quetiapine versus typical antipsychotic medications for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 5. Art. No.: CD007815. DOI: 10.1002/14651858.CD007815.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007815.pub2/full>>.

como em transtornos delirantes e esquizofrenias há mais de meio século^{415, 416}. Seus possíveis efeitos extrapiramidais implicam cuidados e mesmo precaução através de biperideno, via oral, na dose de 2 mg/dia. A olanzapina não é indicada nas depressões, mas poderia ser usada nos episódios maníacos⁴¹⁷, como alternativa ao haloperidol e à risperidona, apesar de ser bem mais cara e ter a mesma eficácia.

A atenção à regularização do ritmo circadiano do paciente e o uso concomitante de intervenções psicossociais e psicofármacos facilitam o tratamento⁴¹⁸.

Na fase maníaca do transtorno bipolar a medicação tradicional de escolha no SUS tem sido o haloperidol. A risperidona tem efeito praticamente igual ao do haloperidol⁴¹⁹. O haloperidol é indicado nas crises de agitação e na impulsividade agressiva⁴²⁰, como também na manutenção, enquanto durarem os sintomas maníacos ou hipomaníacos. A relação custo-efetividade pode otimizar recursos, sem prejuízos ao paciente⁴²¹. As doses de haloperidol podem ser baixas, no início (5 mg/noite), reavaliando-se em prazo curto, e aumentando até 20 mg/dia.

Os casos refratários ao haloperidol devem receber risperidona ou olanzapina.

Passada a fase sintomática do transtorno bipolar, a manutenção é feita apenas com lítio. Caso um antidepressivo seja usado, deverá ser suspenso ao fim do episódio depressivo. Caso um neuroléptico seja usado, na fase maníaca, deverá ser suspenso ao fim do episódio maníaco⁴²².

Mesmo usando a associação de estabilizador do humor com haloperidol (na mania) e com psicoanaléptico (na depressão), em cerca de 40% dos

⁴¹⁵ MATAR, H.E.; ALMERIE, M.Q.; SAMPSON, S. Fluphenazine (oral) versus placebo for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 7. Art. No.: CD006352. DOI: 10.1002/14651858.CD006352.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006352.pub2/full>>.

⁴¹⁶ HANLON, T.E.; OTA, K.Y.; KURLAND, A.A. Comparative effects of luphenazine, fluphenazine-chlordiazepoxide and fluphenazine-imipramine. **Diseases of the Nervous System** 1970;31(3):171-

⁴¹⁷ SMITH, L.A.; CORNELIUS, V.; WARNOCK, A.; BELL, A.; YOUNG, A.H. Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: a systematic review of randomized controlled trials. **Bipolar Disord.** 2007;9(4):394-412. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17547586>>.

⁴¹⁸ GEDDES, John R.; Miklowitz, David J. Treatment of bipolar disorder. **The Lancet** Volume 381, Issue 9878, p. 1672 - 1682, 11 May 2013. doi:10.1016/S0140-6736(13)60857-0. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960857-0/fulltext>>.

⁴¹⁹ RENDELL, J.M.; GIJSMAN, H.J.; BAUER, M.S.; GOODWIN, G.; GEDDES, J. Risperidone alone or in combination for acute mania. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2006, Issue 1. Art. No.: CD004043. DOI: 10.1002/14651858.CD004043.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004043.pub2/full>>.

⁴²⁰ POWNEY, M.J.; ADAMS, C.E.; JONES, H. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 11. Art. No.: CD009377. DOI: 10.1002/14651858.CD009377.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009377.pub2/full>>.

⁴²¹ LINDNER, Leandro Mendonça; MARASCIULO, Antônio Carlos; FARIAS, Marení Rocha; GROHS, Geder Evandro Motta. Avaliação econômica do tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública** 2009;43(Supl. 1):62-9. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43s1/746.pdf>>.

⁴²² NIVOLI, A.M.A., et al. New treatment guidelines for acute bipolar mania: A critical review. **J. Affect. Disord.** Vol 129, issues 1-3 (2011), p. 14-26. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.015. Disponível em: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2012/2012_Nivoli_NewTreatment.pdf> e em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710004039>>.

casos há falta de resposta, falha ou abandono do tratamento, não se conseguindo evitar que ocorram novos episódios maníacos ou depressivos⁴²³.

Em caso de falha ou de incompatibilidade com lítio pode-se prescrever o valproato de sódio (ácido valpróico), tido como a segunda linha de tratamento no protocolo brasileiro para transtorno bipolar tipo I. Contudo as evidências científicas sobre o uso prolongado de valproato, assim como de divalproato são muito limitadas⁴²⁴. Seu nível sanguíneo eficaz ocorre entre 50 e 150 µg/ml. O nível de toxicidade ocorre acima de 200 µg/ml. A dose inicial utilizada é de 20 mg/kg, por via oral (dose de ataque), ajustada até alcançar efeito terapêutico ao redor de 750 a 1.500 mg/dia, divididos em 3 tomadas).

A outra opção, na falha do lítio é a carbamazepina (400 a 600 mg/dia). O nível sanguíneo⁴²⁵ eficaz da carbamazepina ocorre entre 8 e 12 µg/ml. O tempo de resposta da mania à carbamazepina varia de uma a duas semanas.

A lamotrigina tem eficácia limitada: ela previne apenas recidivas depressivas, não tendo benefício na prevenção de mania⁴²⁶.

Tanto o lítio sozinho, como sua associação com valproato têm efeitos praticamente semelhantes na prevenção de novos episódios⁴²⁷. Logo, a troca para o valproato ou a combinação de lítio com valproato não é indicada como rotina. A troca só faria sentido na falha, confirmada, do lítio, por um tempo mínimo de 2 semanas, que permita observação clínica clara.

Somente num caso refratário de mania recorrente muito severa, tratada por especialista experiente, justificar-se-ia o uso de associação de lítio, valproato e neuroléptico⁴²⁸. Não se recomenda a associação de carbamazepina com outros estabilizadores do humor.

⁴²³ BUOLI, M.; SERATI, M.; ALTAMURA, A.C. Is the combination of a mood stabilizer plus an antipsychotic more effective than mono-therapies in long-term treatment of bipolar disorder? A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, Volumes 152–154, January 2014, Pages 12–18. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713006587>>.

⁴²⁴ CIPRIANI, A.; REID, K.; YOUNG, A.H.; MACRITCHIE, K.; GEDDES, J. Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder. **Cochrane Database Syst Rev**. 2013 Oct 17;10:CD003196. doi: 10.1002/14651858.CD003196.pub2. (2013). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24132760>>.

⁴²⁵ SANTOS, Luciana; TORRIANI, Mayde Seadi; BARROS, Elvino (org.). **Medicamentos na Prática da Farmácia Clínica**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013, p. 153. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=GcA3AgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.

⁴²⁶ SMITH, L.A.; CORNELIUS, V.; WARNOCK, A.; BELL, A.; YOUNG, A.H. Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: a systematic review of randomized controlled trials. **Bipolar Disord**. 2007;9(4):394-412. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17547586>>.

⁴²⁷ GEDDES, John R.; GOODWIN, Guy M. et al. Lithium Plus Valproate Combination Therapy Versus Monotherapy for Relapse Prevention in Bipolar I Disorder (BALANCE): A Randomised Open-Label Trial. **Focus**, Fall 2011, Vol. IX, No. 4, p. 488-499. Disponível em: <<http://psychiatryonline.org/data/Journals/FOCUS/4393/foc00411000488.pdf>>.

⁴²⁸ NIVOLI, A.M.A., et al. New treatment guidelines for acute bipolar mania: A critical review. **J. Affect. Disord.** (2011), doi: 10.1016/j.jad.2011.10.015. Disponível em: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2012/2012_Nivoli_NewTreatment.pdf>.

O uso de benzodiazepínicos no tratamento de qualquer fase do transtorno bipolar não se justifica e pode aumentar os riscos de recorrência⁴²⁹, além de causar dependência química.

A clozapina somente tem aplicação em casos excepcionais, em que todos os outros esquemas de tratamento falham.

Assim, a medicação ao longo de um episódio maníaco, pode ser prescrita segundo o quadro abaixo, onde constam sugestões associativas de um estabilizador de humor com um neuroléptico (antipsicótico), aprovada pelo Ministério da Saúde. No casos de refratariedade, avalia-se qual fármaco pode ser trocado. Por exemplo, em caso de ausência de resposta com a combinação lítio e risperidona, é possível trocar a risperidona pela olanzapina, mantendo o lítio, ou trocar o lítio pelo ácido valproico, mantendo a risperidona, segundo o julgamento clínico.

Medicamentos indicados para o acompanhamento de episódios maníacos

<i>Nível</i>	<i>Estabilizador</i>	<i>Neuroléptico</i>
1ª. linha	Carbonato de lítio	Risperidona
2ª. linha	Ácido valproico	Olanzapina
3ª. linha	Carbamazepina	Haloperidol ou Quetiapina
4ª. linha (excepcional)		Clozapina

8.2 Manejo da mania bipolar aguda

8.2.1 Atendimento emergencial da agitação psicomotora na mania aguda

Em prontos-socorros hospitalares e no SAMU, assim como em outros serviços, podem ocorrer casos de agitação psicomotora relacionada a episódio maníaco agudo. Os objetivos do atendimento emergencial são:

- (1) estabilização do quadro,
- (2) exclusão de uma possível causa orgânica (fazer o diagnóstico diferencial) e
- (3) fazer um encaminhamento para que o caso seja acompanhado sequencialmente.

Nos casos de agitação extrema o risco pode ser classificado em vermelho (emergência). Em casos menos graves há possibilidade de classificação de risco em amarelo. Para realizar a classificação deve-se levar em conta a existência de psicose com prejuízo em perceber a realidade de forma adequada, possíveis delírios (de grandeza, de poder, de perseguição, místicos, etc.) e potencial de agressividade. Os critérios de atendimento devem levar em conta os indicados para emergências de saúde mental.

A conduta em caso de agitação implica ao profissional: (1) conversar, colocando limites com firmeza; (2) avaliar a necessidade de contenção física; (3) avaliar a necessidade de medicação. Quando o paciente está apenas moderadamente agitado, podem ser oferecidos medicamentos orais. Em caso de agitação extrema, devem ser usadas medicações via parenteral. Como regra, o tratamento medicamentoso clássico para a crise de agitação é o haloperidol⁴³⁰. Pode ser aplicado IM em doses de 2 a 10 mg cada vez, podendo ser repetido a cada 2 horas. Não há evidências de que outras medicações tenham melhor qualidade para

⁴²⁹ PERLIS, R.H.; OSTACHER, M.J.; MIKLOWITZ, D.J. et al. Benzodiazepine use and risk of recurrence in bipolar disorder: a STEP-BD report. **J Clin Psychiatry** 2010; 71:194. Disponível em: <<http://www.drthimothylau.com/documents/benzos%20bipolar%20STEPBD%20JCP%202010.pdf>>.

⁴³⁰ WILHELM, S.; SCHACHT, A.; WAGNER, T. Use of antipsychotics and benzodiazepines in patients with psychiatric emergencies: results of an observational trial. **BMC Psychiatry**. 2008 Jul 22;8:61. doi: 10.1186/1471-244X-8-61. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/61>>.

uso em urgências deste tipo^{431,432}. As contraindicações ao haloperidol são as doenças cardiovasculares e o parkinsonismo (incluindo tendência a reações extrapiramidais graves, doença de Parkinson e demência por corpos de Lewy).

A medicação de urgência: haloperidol

Apresentações	Ampolas de 1 ml (5 mg); comprimidos de 1 e 5 mg; solução oral (1 gota = 0,1 mg) (1mg = 20 gotas = 2 mg).
Dose	Em adultos: 2 a 10 mg a cada 2 horas, no primeiro dia, reduzindo-se paulatinamente, segundo a evolução
Dose máxima diária	18 mg
Intervalo mínimo entre as doses	2 a 8 horas
t _{máx} intramuscular / oral	20 minutos / 2 a 6 horas
Preparo	Pronto para uso, na temperatura da sala
Precauções especiais	Contraindicado em formas graves de nefropatias e de cardiopatias (por raro risco de causar prolongamento do intervalo QT).
Orientação clínica	Acompanhar sintomas extrapiramidais

Em idosos, pessoas fisicamente doentes e frágeis as doses de haloperidol devem ser menores, ao redor de 25 a 50% das doses comuns para adultos.

Em casos de agitação com agressividade, pode ser aplicada a prometazina junto com o haloperidol.

Também é bastante eficaz a clorpromazina. A clorpromazina pode ser usada a cada 2 a 4 horas, em doses que variam de 50 a 100 mg, até o máximo de 1.500 mg/dia⁴³³.

Outra medicação de grande efeito sedativo é a levomepromazina. As vias de administração oral e intramuscular são as recomendadas, apesar de o volume da ampola ser grande. Contraindica-se a via endovenosa, exceto no caso de diluir, excepcionalmente, 25 mg de levomepromazina em 250 ml de soro fisiológico 0,9% e administrar lentamente⁴³⁴.

⁴³¹ RAVEENDRAN, Nirmal S. et al. Rapid tranquillisation in psychiatric emergency settings in India: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular olanzapine versus intramuscular haloperidol plus promethazine. **BMJ**, v. 335, n. 7625, p. 865, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2043469/>>.

⁴³² Em 68 estudos randomizados controlados, envolvendo 16.073 participants, de janeiro de 1980 a novembro de 2010, forma comparadas as seguintes drogas, em adultos: aripiprazol, asenapina, carbamazepina, valproato, gabapentina, haloperidol, lamotrigina, lítio, olanzapina, quetiapina, risperidona, topiramato e ziprasidona. Os neurolépticos se mostraram mais efetivos do que os estabilizadores de humor. Vide: CIPRIANI, A.; BARBUI, C.; SALANTI, G.; RENDELL, J.; BROWN, R.; STOCKTON, S.; PURGATO, M.; SPINELLI, L.M.; GOODWIN, G.M.; GEDDES, J.R. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. **Lancet**, 2011 Oct 8;378(9799):1306-15. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60873-8. Epub 2011 Aug 16. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21851976>>. Também em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960873-8/fulltext>>.

⁴³³ TABORDA, J.G.V.; PRADO-LIMA, P.; BUSNELLO, E. D. **Rotinas em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 157.

⁴³⁴ BARROS, Elvino. **Medicamentos de A a Z**. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 493.

Apesar de o haloperidol oral ser usado desde os anos 1970 em crianças psicóticas⁴³⁵ nas idades entre 3 a 12 anos, numa dose máxima de 0,15 mg/kg/dia, não há estudos conclusivos sobre seu uso em emergências na faixa etária pediátrica. A eficácia e a segurança das drogas psiquiátricas usadas em emergências e urgências pediátricas em saúde mental ainda não estão adequadamente confirmadas e carecem de estudos mais profundos^{436, 437}.

A risperidona poderia ser utilizada como alternativa ao haloperidol, apesar de ser mais cara e de ter praticamente a mesma eficácia.

Anti-histamínicos, como a prometazina, representam uma escolha de menores riscos em crianças sob forte agitação psicomotora de ordem psiquiátrica⁴³⁸.

Benzodiazepínicos podem ter efeitos paradoxais e deixar o paciente, especialmente se for criança ou idoso, ainda mais agitado. Em caso de delirium e aumento da agitação por benzodiazepínicos pode ser usado o flumazenil, inclusive nas intervenções com midazolam ou zolpidem^{439, 440, 441}.

8.3 O monitoramento do paciente sedado por mania aguda

Em geral não há necessidade de sedação completa, pois o paciente em crise maníaca responde bem ao haloperidol mesmo mantendo sua consciência.

Havendo sedação completa, com qualquer que seja o fármaco, há necessidade de monitoramento. Em caso de não ter sido possível fazer um monitoramento básico dos sinais vitais, antes da sedação, devido à agitação ou à negativa do paciente, deve-se deixar isto anotado no prontuário.

Durante a primeira hora, após a sedação por via IM, deve-se monitorar o pulso, a pressão arterial, a frequência respiratória e o nível de consciência, a cada 15 minutos, ou com maior frequência, se necessário. A temperatura deve ser monitorada pelos menos a cada 30 minutos. Se necessário, caso o paciente se mantenha sonolento mas acordado, pode-se medir a saturação de oxigênio, de forma continuada. A enfermagem precisa ficar atenta aos seguintes sinais: queda da frequência respiratória (abaixo de 10 por minuto); queda da saturação <92%; pulso

⁴³⁵ SERRANO, A. C. Haloperidol: its use in children. **The Journal of Clinical Psychiatry** [1981, 42(4):154-156]. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/6937455>>.

⁴³⁶ CHUN, Thomas H.; KATZ, Emily R.; DUFFY, Susan J. Pediatric Mental Health Emergencies and Special Health Care Needs. **Pediatric Clinics of North America**, v. 60, n. 5, p. 1185-1201, 2013.

⁴³⁷ TEIXEIRA, Eduardo Henrique et al. Antipsicóticos atípicos no tratamento da agressividade patológica em crianças e adolescentes: revisão da literatura e recomendações clínicas. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892013000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 05 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892013000300002>.

⁴³⁸ SONNIER, L.; BARZMAN, D. Pharmacologic management of acutely agitated pediatric patients. **Paediatr Drugs**. 2011 Feb 1;13(1):1-10. doi: 10.2165/11538550-000000000-00000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21162596>>.

⁴³⁹ SHIN, Y.H. et al. The effect of midazolam dose and age on the paradoxical midazolam reaction in Korean pediatric patients. **Korean J Anesthesiol** 2013; 65:9–13.

⁴⁴⁰ MOON, Y.E. Paradoxical reaction to midazolam in children. **Korean J Anesthesiol**. 2013 Jul;65(1):2-3. <http://dx.doi.org/10.4097/kjae.2013.65.1.2>. Disponível em: <<http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4097/kjae.2013.65.1.2>>.

⁴⁴¹ THORNTON, Stephen L.; NEGUS, Elezer; CARSTAIRS, Shaun D. Pediatric Zolpidem Ingestion Demonstrating Zero-Order Kinetics Treated With Flumazenil. **Pediatric Emergency Care**, November 2013 - Volume 29 - Issue 11 - p 1204–1206 doi: 10.1097/PEC.0b013e3182aa139c.

irregular ou muito lento (<50/ minuto); queda na pressão arterial (<80mmHg na sistólica ou < 50mmHg na diastólica); falta de resposta a estímulo doloroso, com sinais de queda importante da consciência.

8.4 Tratamento de manutenção após episódio agudo hipomaníaco ou maníaco do transtorno bipolar

Deve-se fazer um diagnóstico diferencial para excluir outras doenças. Em caso de o paciente estar utilizando algum antidepressivo ou anfetamina, suspender a droga. Instituir uma dieta livre de álcool, cafeína e substâncias ilícitas.

Um estabilizador do humor deve ser usado em todas as fases do tratamento⁴⁴². O lítio, a carbamazepina e o valproato de sódio são os estabilizadores mais conhecidos, com maiores evidências científicas e com melhor relação custo-benefício.

O tratamento é feito, de regra, com carbonato de lítio, que deve ser usado por vários anos⁴⁴³. A dose terapêutica situa-se entre 0,8 e 1,2 mEq/l, o que exige algum cuidado no manuseio sequencial. Doses entre 0,6 mEq/l e 0,8 mEq/l são geralmente suficientes. Acima de 1,5 mEq/l há riscos de toxicidade. Doses superiores a 3,0 mEq/l são muito perigosas. Após cinco dias de uso de lítio já se pode solicitar a medida laboratorial da dosagem sérica.

O haloperidol via oral pode ser adicionado, enquanto a crise hipomaníaca, maníaca ou mista estiver com sintomas intensos⁴⁴⁴. As doses, ao redor de 15 mg por dia, para adultos, devem ser ajustadas segundo a necessidade, em consultas sequenciais, próximas umas das outras, para se poder baixar as doses e retirar a medicação neuroléptica.

Não havendo boa resposta após alguns meses de tratamento, ou havendo novos episódios com sintomatologia mais intensa, o lítio pode ser substituído por o ácido valproico (ou valproato de sódio) ou por carbamazepina^{445, 446}. Deve-se ter cuidado com a polifarmácia que, combinando várias drogas, tem a desvantagem de aumentar e potencializar efeitos colaterais⁴⁴⁷.

⁴⁴² SACHS, G. S.; PRINTZ D. J.; KAHN D.A.; CARPENTER, D.; DOCHERTY, J.P. The Expert Consensus Guideline Series: Medication Treatment of Bipolar Disorder 2000. **Postgrad Med.** 2000 Apr;Spec No:1-104. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10895797>>.

⁴⁴³ CHENIAUX, Elie. O tratamento farmacológico do transtorno bipolar: uma revisão sistemática e crítica dos aspectos metodológicos dos estudos clínicos modernos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000100015&lng=en&nrm=iso>.

⁴⁴⁴ Uma revisão publicada em 2013, na Europa, abordou 114 estudos comparando a eficácia os neurolépticos de primeira e os de segunda geração, dos quais 68% foram patrocinados por indústrias farmacêuticas, sendo 54% deles multicêntricos. Não foram encontradas vantagens clínicas significativas dos neurolépticos de nova geração, como a risperidona e a olanzapina sobre o haloperidol. Num modelo analítico decisório, o haloperidol ainda é o antipsicótico e antimaníaco mais eficaz e mais barato. Vide: YILDIZ, Ayşegül. Current Debates on Determining most Cost Effective Treatment for Psychosis and Bipolar I Manic / Mixed States. **Journal of Mood Disorders**, v. 3, n. 1, p. S14-S16, 2013. Disponível em: <<http://jmood.org/pdf/TR-JMOOD-53d79729.pdf>>.

⁴⁴⁵ NIVOLI, A. M.A.; MURRU, A.; GOIKOLEA, J. M. et al. New treatment guidelines for acute bipolar mania: A critical review. **Journal of Affective Disorders**. Volume 140, Issue 2, October 2012, Pages 125–141. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711006598>>.

⁴⁴⁶ GREIL, Waldemar; KLEINDIENST Nikolaus; ERAZO, Natalia; MULLER-OERLINGHAUSEN, Bruno. Differential Response to Lithium and Carbamazepine in the Prophylaxis of Bipolar Disorder. **Journal of Clinical Psychopharmacology**. December 1998 - Volume 18 - Issue 6 - pp 455-460.

⁴⁴⁷ FOUNTOULAKIS, Konstantinos; KASPER, Siegfried; ANDREASSEN, Ole, et al. Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry. **European**

Psicofármacos no tratamento de transtorno afetivo com episódios de mania

<i>Linha</i>	<i>Fármaco</i>
Primeira	<p><i>Casos novos e menos severos:</i> Carbonato de lítio \cong 900 mg/dia <i>Casos já em uso de lítio:</i> Adicionar neuroléptico VO, temporariamente (risperidona, haloperidol ou clorpromazina). Nos casos de rejeição a comprimidos, pode-se usar, provisoriamente, decanoato de haloperidol IM. Usando risperidona ou haloperidol, adicionar biperideno, 2 mg/dia, para evitar efeitos colaterais extrapiramindais da butirofenona.</p>
Segunda	<p>Valproato de sódio (ácido valpróico) (Se necessário: adicionar neuroléptico: risperidona, haloperidol ou clorpromazina)</p>
Terceira	<p>Carbamazepina, em doses de 200 mg 2x/dia, até o limite de 600 a 1.000 mg/dia. (Se necessário: adicionar risperidona, haloperidol ou clorpromazina)</p>
Quarta	<p>Em casos mais severos, na repetição de manifestações maníacas refratárias frequentes, pode-se associar lítio com carbamazepina ou com valproato⁴⁴⁸. (Se necessário: adicionar neuroléptico: risperidona, haloperidol ou clorpromazina)</p>

Não há recomendação de uso de gabapentina, tipiramato, verapamil e tiagabina.

Apesar de haver diversidade de efeitos colaterais, não há diferenças clínicas importantes quanto à eficácia do haloperidol, se comparado ao aripiprazol e à quetiapina^{449, 450}.

O biperideno, na dose de 2 a 4 mg/dia é utilizado para aliviar os efeitos extrapiramidais do haloperidol. Por outro lado, a ação do haloperidol é mais rápida do que a de outros fármacos semelhantes (aripiprazol, quetiapina, olanzapina, ziprazidona e risperidona)⁴⁵¹, o que lhe dá vantagens nas crises e urgências.

Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience;Jun2012, Vol. 262. Disp.:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22622948>>.

⁴⁴⁸ DEL GRANDE, C. et al. Lithium and valproate in manic and mixed states: A naturalistic prospective study. **Journal of Psychopathology**. Volume 20, Issue 1, March 2014, Pages 6-10. Disponível em: <<http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84893504652&origin=inward&txGid=A03001D065624DB095E2F1A9DB85E313.f594dyPDCy4K3aQHRor6A%3a2>>.

⁴⁴⁹ MC INTYRE, R.S.; BRECHER, M.; PAULSSON, B.; HUIZAR, K.; MULLEN, J. Quetiapine or haloperidol as monotherapy for bipolar mania--a 12-week, double-blind, randomised, parallel-group, placebo-controlled trial. **Eur Neuropsychopharmacol**. 2005;15(5):573-85.

⁴⁵⁰ YOUNG, A.H. et al. Aripiprazole monotherapy in acute mania: 12-week randomised placebo- and haloperidol-controlled study. **Br J Psychiatry**. 2009;194(1):40-8.

⁴⁵¹ GOIKOLEA, J. M.; COLOM, F.; CAPAPEY, J.; TORRES, I.; VALENTINI, M.; GRANDE, I.; UNDURRAGA, J. VIETA, E. Faster onset of antimanic action with haloperidol compared to second-generation antipsychotics. A meta-analysis of randomized clinical trials in acute mania. **European Neuropsychopharmacology**. Volume 23, Issue 4, April 2013, Pages 305–316. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X12001526>>.

8.5 Manejo da depressão bipolar

O carbonato de lítio é a medicação básica, somada ao um psicoanaléptico (estimulante do humor ou antidepressivo). A fluoxetina (inibidor seletivo de recaptção da serotonina) e a imipramina (tricíclico) são ideais para depressões apáticas. A amitriptilina (tricíclico) tem um efeito sedativo maior, sendo ideal para depressões muito ansiosas e agitadas. A amitriptilina tem bom efeito sobre a insônia. Não há necessidade de se usar um psicoanaléptico por muitos meses após o fim de um episódio depressivo, ou de forma permanente. Não há, estatisticamente, benefícios significativos, em tratamentos de transtornos bipolares, com antidepressivos estendidos por longos prazos⁴⁵². Não há, também, evidências de prevenção de novos episódios apenas pelo uso de antidepressivos. Alguns pacientes, contudo, mostram tendências a benefícios leves, em usos prolongados.

Na vigência de sintomas psicóticos (como alucinações, delírios de ruína e pobreza, delírios autocondenatórios e persecutórios) a quetiapina é um antipsicótico gerador de boa resposta.

A lamotrigina é um fármaco antiepilético com comprovada eficácia no tratamento da depressão bipolar e no tratamento de manutenção. Tem sido utilizado no tratamento da depressão bipolar, como o lítio e a quetiapina. Ela não tem efeitos durante episódios maníacos e não os previne, mas tem efeitos na depressão⁴⁵³.

Outra particularidade importante da depressão bipolar (que a diferencia das depressões monopulares e das reativas e neuróticas), é a possibilidade de virada rápida do ciclo, por efeito de medicação psicoanaléptica, estimulante do humor, desencadeando um episódio maníaco. Aparentemente os pacientes cicladores rápidos são mais propensos a tais viradas. Os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (como a fluoxetina) apresentam um risco de provocar tais efeitos, quando usados em monoterapia. Logo, na depressão bipolar é importante prestar maior atenção ao antidepressivo usado.

Se há indícios ou histórico de virada rápida, indica-se a bupropiona ao longo do episódio depressivo. Ela é um inibidor da recaptção de dopamina e, mais fracamente, de noradrenalina, além de ser um antagonista nicotínico. As doses diárias são de 150 mg (1 comp./dia). Ao receitar bupropiona fora do programa de tratamento antitabágico, o médico deverá justificar sua aplicação na terapia de um episódio depressivo do transtorno afetivo bipolar de ciclagem rápida e risco comprovado de virada maníaca, adicionando dados da história clínica do paciente.

⁴⁵² GHAEMI, S.N.; OSTACHER, M.M.; EL-MALLAKH, R.S. et al. Antidepressant discontinuation in bipolar depression: a Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) randomized clinical trial of long-term effectiveness and safety. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 2010, 71(4):372-380. Disponível em:
<www.psychiatrist.com/private/cme/newcme/7104/cme710401.htm> e
<<http://europepmc.org/abstract/MED/20409444>>.

⁴⁵³ SMITH, L.A.; CORNELIUS, V.; WARNOCK, A.; BELL, A.; YOUNG, A.H. Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: a systematic review of randomized controlled trials. **Bipolar Disord**. 2007;9(4):394-412. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/6288221_Effectiveness_of_mood_stabilizers_and_antipsychotics_in_the_maintenance_phase_of_bipolar_disorder_A_systematic_review_of_randomized_controlled_trials>.

Como regra, não se deve empregar antidepressivos em monoterapia, sem um estabilizador de humor, nas depressões que sejam parte de um transtorno afetivo bipolar^{454, 455}.

Excepcionalmente, como medicações adjuvantes pode-se incluir, de forma opcional e temporária, por curto tempo:

- (1) os benzodiazepínicos de ação ultracurta (hipnóticos), como o midazolam e o flurazepam, para uso na insônia grave e incoercível;
- (2) os neurolépticos, como a quetiapina, para uso em episódio depressivo com sintomas psicóticos, envolvendo insônia, delírios melancólicos ou persecutórios, agitação e alucinações. Tem efeito também na insônia.

A amitriptilina tem bons efeitos na insônia e na ansiedade, além de serem estimulantes do humor. A nortriptilina é menos sedativa e menos ansiolítica do que as anteriores, e bastante incisiva sobre os sintomas de depressão apática. A clomipramina é bastante útil quando há sintomas depressivos associados a traços fóbicos, de pânico e obsessivo-compulsivos.

Não se deve associar inibidores seletivos com tricíclicos, pois se corre o risco de diminuir os efeitos desejados e aumentar os efeitos colaterais. É importante que o clínico esteja atento aos riscos de interação medicamentosa com antidepressivos⁴⁵⁶.

Evita-se o lítio em pacientes idosos, de funções renais precárias ou desidratados. O lítio não deve ser armazenado em casa, em grandes quantidades, por pessoas de tendências autodestrutivas.

Recomenda-se a prática de exercícios físicos e o cuidado com dietas que possam, em associação ao lítio, causar aumento de peso.

Pessoas com hipotireoidismo podem ter as funções da tireoide pioradas quando em litioterapia por longo tempo.

Utilização de psicofármacos no tratamento da depressão bipolar

⁴⁵⁴ PACCHIAROTTI, I.; BOND, D.J.; BALDESSARINI, R.J. et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. **Am J Psychiatry**. 2013 Nov 1;170(11):1249-62. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13020185.

⁴⁵⁵ Artigos e editoriais polemizantes sobre as controvérsias em torno do tratamento da depressão bipolar levam a refletir sobre a necessidade de diminuição do uso de antidepressivos devido à frequência e à severidade das mudanças de humor induzidas pela medicação e o aprofundamento de pesquisas sobre efeitos de neurolépticos em depressões bipolares, como a quetiapina, que tem rendido algumas evidências:

CERULLO, M.A.; STRAKOWSKI, S.M. A systematic review of the evidence for the treatment of acute depression in bipolar I disorder. **CNS Spectrums**, 18(4): 199-208, 2013 Aug. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/mdl-23507138>> e <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23507138>>.

STAHL, Stephen M. Controversies In Treating Bipolar Depression. **CNS Spectrums**, V. 18 (4): 175-176, 2013 Aug. Disponível em: <http://onlinedigeditions.com/article/Controversies_In_Treating_Bipolar_Depression/1456867/167772/article.html>.

SUPPES, T.; VIETA, E.; GUSTAFSSON, U.; EKHOLM, B.. Maintenance treatment with quetiapine when combined with either lithium or divalproex in bipolar i disorder: analysis of two large randomized, placebo-controlled trials. **Depression and Anxiety**. Volume 30, Issue 11, pages 1089–1098, November 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.22136/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>> e <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.22136/full>>.

⁴⁵⁶ CAMPIGOTTO, K. F. et al . Detecção de risco de interações entre fármacos antidepressivos e associados prescritos a pacientes adultos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 35, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100001&lng=en&nrm=iso>.

Linha	Fármaco
Primeira	Carbonato de lítio (\cong 900 mg/dia) + ISRS (fluoxetina, 20 mg/dia) ou tricíclico (imipramina ou amitriptilina, 75 a 100 mg/dia) enquanto persistir a fase depressiva. <i>Em depressão intensa com ciclagem rápida ou histórico de virada maníaca:</i> Carbonato de lítio (\cong 900 mg/dia) + bupropiona (150 mg/dia) enquanto persistir a fase depressiva. <i>Nos casos de sintomas psicóticos:</i> Carbonato de lítio (\cong 900 mg/dia) + Quetiapina 300 a 600 mg/dia (iniciar com 25 mg/dia e aumentar).
Segunda	Valproato de sódio (ácido valpróico) ⁴⁵⁷ (250 mg no 1º. dia, incremento de 250 mg a cada 2 dias até chegar a 750 mg) + fluoxetina (20 mg/dia) ou Valproato de sódio (ácido valpróico) + tricíclico (amitriptilina, imipramina ou clomipramina, 75 mg/dia). <i>Nos casos de sintomas psicóticos:</i> Valproato de sódio (ácido valpróico) + Quetiapina 300 a 600 mg/dia (iniciar com 25 mg/dia e aumentar).
Terceira	Carbamazepina (400 mg/dia) + fluoxetina (20 mg/dia) ou Carbamazepina (400 mg/dia) + tricíclico (amitriptilina, nortriptilina ou clomipramina, 75 mg/dia).

A faixa de dose do ácido valpróico varia de 250 a 2.000 mg/dia (de acordo com o nível sérico). Alguns autores recomendam 15 mg/kg/dia como dose inicial. Pode-se prescrever dose única à noite. O incremento da dose é de 250 mg a 500 mg/dia, a cada 2 dias, até chegar a 750 mg. Deve-se dosar nível sérico. A dose máxima é 2.000 mg/dia, com ajuste de dose de acordo com o nível sérico. A correlação de efeito antimaníaco e nível sérico é pobre, porém níveis entre 50 e 125-150 mcg/ml geralmente produzem bom efeito clínico. No entanto, alguns pacientes podem necessitar de níveis de até 200 mcg/ml para apresentar resposta clínica adequada.

Ao se optar pela carbamazepina deve-se levar em conta que ela pode interagir com vários outros fármacos, inclusive com anticoncepcionais, diminuindo-lhes discretamente o efeito. Deve-se atentar para as tabelas de interações medicamentosas.

A diretriz do Ministério da Saúde propõe um quadro, em que os níveis de recomendação não devem ser interpretados como determinação estanque de sequências e combinações de fármacos, mas sim como orientação na preferência de escolha, sempre considerando as características clínicas e pessoais de cada paciente:

⁴⁵⁷ SMITH L. A.; CORNELIUS, V.R.; AZORIN, J.M. et al. Valproate for the treatment of acute bipolar depression: systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord** 2010; 122: 1–9. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar_url?hl=pt-BR&q=http://www.researchgate.net/publication/38113684_Valproate_for_the_treatment_of_acute_bipolar_depression_Systematic_review_and_meta-analysis/file/9fcfd50178f15041bf.pdf&sa=X&scisig=AAGBfm1etBD7xSVSv4SjwFZZNDsV5hpNw&oi=scholar&ei=5rS4U_G3GKrSsASw0YCoDw&ved=0CBsQgAMoADAA>.

Medicamentos indicados no tratamento do episódio depressivo

Nível	Fármaco
1	Carbonato de lítio
2	Quetiapina
3	Lamotrigina
4	Olanzapina associada a fluoxetina; ou carbonato de lítio associado a fluoxetina; ou ácido valproico associado a fluoxetina

O tratamento agudo ocorre, normalmente, nas primeiras 8 semanas. Há uma continuação com neuroléptico ou psicoanaléptico (dependendo de o episódio ser maníaco ou depressivo) por mais um semestre, aproximadamente. Segue-se uma manutenção longa, apenas com o estabilizador do humor, visando prevenir futuros episódios.

Ao longo dos anos tem se observado que a adesão ao tratamento é baixa e somente cerca de 33% dos pacientes, usando lítio, permanecem livres de sintomas por mais de 5 anos⁴⁵⁸. É comum que o paciente, após não ter mais sintomas, creia não haver motivos para continuar usando a medicação. A adesão pode ser melhorada por intervenções da enfermagem, dos agentes de saúde, do envolvimento de familiares, da psicoeducação, das psicoterapias, dos grupos de usuários de lítio, e outras estratégias psicossociais.

Na fase de manutenção é comum que se utilize somente o lítio, ou a quetiapina, ou a lamotrigina, na sequência da abordagem feita durante o episódio. Como regra, deve-se reduzir o número de medicamentos sempre que possível na fase de manutenção. Contudo, há casos em que a monoterapia pode ser insuficiente para a prevenção de novos episódios em muitos pacientes. Na manutenção, a história prévia de estabilidade com o uso de monoterapia com carbonato de lítio ou ácido valproico deve servir como referência na hora de suspender outros medicamentos⁴⁵⁹.

8.7 Comorbidades no transtorno afetivo bipolar

As dependências químicas são as comorbidades mais frequentes e complicadoras. A carbamazepina é uma boa alternativa no tratamento dos dependentes de álcool etílico.

O uso de estimulantes, como o metilfenidato (ritalina e concerta), para tratar déficit de atenção com hiperatividade pode precipitar ou agravar crises maníacas, entre outros efeitos, incluindo sintomas psicóticos.

Transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade podem piorar o curso e o prognóstico dos transtornos afetivos bipolares.

8.8 Crianças e adolescentes

Os estabilizadores do humor, como o lítio são geralmente a primeira escolha para o tratamento de transtorno bipolar. Lítio é aprovado para o

⁴⁵⁸ HILTY, D.; LEAMON, M. H.; LIM, R. F. et al. A Review of Bipolar Disorder in Adults. **Psychiatry** (Edgmont). Sep 2006; 3(9): 43–55. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2963467/>>.

⁴⁵⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 315**, de 30 de março de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_TranstornoAfetivoBipolar_TipoI.pdf>.

tratamento e prevenção de sintomas maníacos em crianças maiores de 12 anos. O lítio é a única substância que comprovadamente tem ajudado a prevenir o suicídio. Os medicamentos anticonvulsivantes, originalmente desenvolvido para o tratamento de convulsões, também usados, às vezes, como estabilizadores de humor, não são aprovados pelo Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos – assim como no Brasil – para o tratamento de transtorno bipolar em crianças, estando ainda em uma base experimental e "off label". Exemplos deles são o ácido valproico, o divalproato de sódio e a lamotrigina. A olanzapina não deve ser prescrita a crianças com menos de 13 anos. Risperidona, quetiapina e aripiprazol não devem ser prescritos a menores de 10 anos.

8.9 Grávidas

Não há provas de que a gravidez, como muitos sustentam, exerça proteção contra episódios bipolares.

A literatura, até o momento, não associa o haloperidol a formas de teratogenia.

O acolhimento de mulheres bipolares em idade fértil requer, portanto, um planejamento familiar especial, levando em conta o tratamento psiquiátrico em curso⁴⁶⁰. O lítio é bastante teratogênico. O valproato e o divalproato de sódio podem causar defeitos nos tubos neurais (síndrome valproática fetal⁴⁶¹). Neurolépticos atípicos ainda são pouco conhecidos, mas sabidamente associam-se a diabetes gestacional. A clorpromazina pode provocar síndrome respiratória infantil.

Há bom número de estudos sobre os riscos no uso de valproato, carbamazepina, lamotrigina, e lítio. Os riscos associados ao uso de drogas psicotrópicas precisam ser entendidas no contexto de taxas significativas de recaída e morbidade associada à interrupção do tratamento bipolar durante a gravidez⁴⁶².

8.10 Episódio maníaco agudo e episódios mistos agudos

Nestes casos, se o usuário estava tomando antidepressivos, eles devem ser suspensos imediatamente. Deve-se instituir tratamento antimaníaco, com neuroléptico (como risperidona, haloperidol ou olanzapina) e lítio. A quetiapina, o aripiprazol e a ziprasidona também são efetivos na redução dos sintomas maníacos. Todos estes fármacos são disponibilizados no SUS, desde que tenham sua recomendação bem explicitada.

8.11 Ciclagem rápida

Caracteriza-se pela ocorrência de pelo menos quatro episódios distintos de humor no período de um ano. A pessoa passa abruptamente de uma fase à outra. O quadro tem maior prevalência em mulheres e costuma ser observado tardiamente.

Na depressão aguda bipolar com ciclagem rápida deve-se

⁴⁶⁰ MOURA, E. R. F. et al . Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 4, Aug. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400022&lng=en&nrm=iso>.

⁴⁶¹ KINI, U. Fetal valproate syndrome: a review. **Paediatric and Perinatal Drug Therapy**, 2006; 7 (3). Disponível em:<http://group.bmj.com/docs/pdf/7_3_s4.pdf>.

⁴⁶² NGUYEN, H.T.; SHARMA, V.; MCINTYRE, R.S. Teratogenesis associated with antibipolar agents. **Adv Ther.** 2009;26(3):281–294. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19330496> >.

substituir a fluoxetina ou o tricíclico utilizado. Se há histórico comprovado de ciclagem rápida, de difícil controle, a bupropiona é a alternativa. A manutenção normalmente é feita somente com lítio, após passada a fase sintomática.

8.12 Episódios mistos

Representa a mistura ou uma fase de alternância muitíssimo rápida de sintomas maníacos, hipomaníacos e depressivos, com duração de pelo menos duas semanas. Geralmente responde bem ao tratamento convencional do episódio maníaco, mas pode apresentar refratariedade e compreender situações em que a relação risco-benefício deva ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor. Em casos mais complexos um comitê de especialistas nomeados pelo Gestor poderá ou não ser consultado para a decisão final.

8.13 Risco de Suicídio

O risco de o paciente bipolar cometer suicídio é mais alta do que na população em geral. Daí a importância de tomar medidas que minorem estas possibilidades. A impulsividade do paciente, especialmente quando há transtornos de personalidade é um dos fatores que aumenta o risco e dificulta o manejo. Medidas para prevenir o suicídio nunca são totalmente eficientes, mas há grandes chances de se poder exercer prevenção, até certo ponto. Dificultar o acesso a métodos de autodestruição é uma boa atitude preventiva. O armazenamento de grandes quantidades de remédios e de outras substâncias químicas em casa é um dos fatores de intoxicação nas tentativas de suicídio.

8.14 Lactantes

A carbamazepina passa ao leite materno. Deve-se pesar os benefícios de seu uso, diante da remota possibilidade de haver efeitos na criança que mama, como sonolência excessiva e reações alérgicas cutâneas.

8.15 Efeitos colaterais

Os efeitos colaterais das drogas são um dos principais fatores de não-adesão ao tratamento. Deve-se monitorar os parâmetros basais ao longo do tempo, para identificar e tratar precocemente os efeitos colaterais dos pacientes em risco. Para drogas que aumentam o peso, por exemplo, mudanças nos níveis de glicose e lipídeos devem ser observadas. Os efeitos colaterais do lítio e seu manejo constam no quadro seguinte:

Efeitos colaterais do lítio e seu manejo

<i>Efeitos colaterais</i>	<i>Comentários</i>	<i>Manejo</i>
Aumento de peso (Torrent et al, 2008)	Pode ocorrer a médio prazo, mas tende a estabilizar.	Orientação dietética e atividade física regular.
Distúrbios gastrointestinais (Freeman e Freeman, 2006)	Desconforto gastrointestinal, diarreia, náuseas e vômitos. Pode se dever ao pico plasmático ou maior sensibilidade gástrica. Tendem a desaparecer com o tempo. Podem ser sinais de níveis tóxicos.	Alterar horários de tomada (dose concentrada ao deitar ou durante refeições). Tentar comprimidos de liberação controlada (CR). Orientar dieta obstipante.
Sonolência (Freeman e Freeman, 2006)	Em geral pouco intenso e melhora com o tempo. Pode ser sinal de nível tóxico.	Concentrar dose à noite.
Alterações da função sexual (Stimmel e Gutierrez, 2006)	Redução do desejo sexual e raramente anorgasmia.	Tentar reduzir medicações concomitantes com perfil semelhante de efeito colateral. Associação de trazodona ou bupropiona.
Alterações da função tireoideana (Freeman e Freeman, 2006)	Não está relacionado à indução de anticorpos, mas induz hipotireoidismo com uso prolongado (mais de 6 a 18 meses). Afeta em torno de 30% dos pacientes, sendo mais comum em mulheres. Pode estar associado à ciclagem rápida e leva a um maior risco de depressão.	Administrar levotiroxina em dose suficiente para normalização dos valores de TSH, mesmo se hipotireoidismo subclínico.
Alterações da função renal (Freeman e Freeman, 2006)	Há relatos de ocorrência de fibrose intersticial, esclerose glomerular, disfunção da reabsorção de água e aumento de creatinina com o uso prolongado de anos.	Monitorar função renal com frequência frente a suspeita de comprometimento renal. Manter doses mínimas necessárias. Substituir lítio se alterações se configurarem progressivas.
Polidipsia, poliúria (Freeman e Freeman, 2006)	Pode ocorrer uma redução da resposta renal ao hormônio antidiurético. Pode ocorrer Diabetes Insípídius Nefrogênica.	Controle da ingestão hídrica. Administração em dose única a noite pode melhorar polidipsia e poliúria. Em casos resistentes o uso de diuréticos tiazídicos com monitoração de eletrólitos ou diuréticos poupadores de potássio (amilorida). Redução de dose pode auxiliar no controle.
Fadiga, lentificação motora, fraqueza muscular (Ghadirian e Lehmann, 1980)	Podem ser sinais de níveis tóxicos. Podem melhorar com o tempo.	No caso de persistência pensar em redução de dose ou substituição.
Tonturas (Ghadirian e Lehmann, 1980)	Melhoram com o tempo.	Alterar horários, concentrar à noite. Uso de dimenidrato auxilia.
Tremores (Van Gerpen, 2002)	Os tremores em geral são de extremidades e finos. Pode ser sinal de nível tóxico.	Reduzir dose se possível. Uso de betabloqueadores pode controlar o tremor. Uso de bebidas com alto teor de cafeína pode contribuir para o tremor.
Alterações cognitivas (Pachet e Wisniewski, 2003)	Prejuízos de memória podem ocorrer.	Manter em dose mínima necessária ou avaliar substituição.
Problemas dermatológicos (Yeung e Chan, 2004)	Precipitação ou exacerbação de acne e psoríase.	Tratamento dermatológico específico controla o quadro em geral.
Alterações cardiovasculares (Freeman e Freeman, 2006)	Ocorrem com níveis plasmáticos muito elevados, com bloqueios de condução, alargamento de intervalo QT, inversão e achatamento de onde T.	Monitorar indivíduos cardiopatas com ECG frequente. Manter controle rigoroso dos níveis terapêuticos.

Fonte: ZUNG, S.; MICHELON, L.; CORDEIRO. Q. O uso do lítio no transtorno afetivo bipolar. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, 2010; 55(1):30-7. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/files/08_AR3.pdf>.

8.16 Monitoramento laboratorial

Os exames laboratoriais, para monitoramento, são descritos na tabela seguinte, recomendada pelo Ministério da Saúde. Somente nos raros casos em que cabe o uso de clozapina, exige-se a realização de hemograma semanal durante as 18 primeiras semanas de tratamento, e mensal na sequência. É prudente, ao usar lítio, dosar a creatinina, a uréia, o TSH e o cálcio sérico, além da litemia.

Frequência de exames laboratoriais

Medicamento	Mensal	Trimestral	Semestral	Anual
Lítio		Creatinina e uréia.	TSH, cálcio sérico, litemia.	
Ácido valproico		Hemograma, função hepática (ALT/TGP, AST/TGO).	Ácido valproico sérico.	
Carbamazepina	Hemograma, função hepática (ALT/TGP, AST/TGO) creatinina, ureia e eletrólitos (sódio e potássio) nos 3 primeiros meses.		Carbamazepina sérica.	Hemograma, função hepática (ALT/TGP, AST/TGO) creatinina, ureia e eletrólitos (sódio e potássio).
Lamotrigina				Hemograma, função hepática (ALT/TGP, AST/TGO).
Antipsicóticos*		Glicemia de jejum e perfil lipídico (primeiro ano).		Glicemia de jejum, perfil lipídico e eletrocardiograma. Prolactina quando clinicamente indicada.**

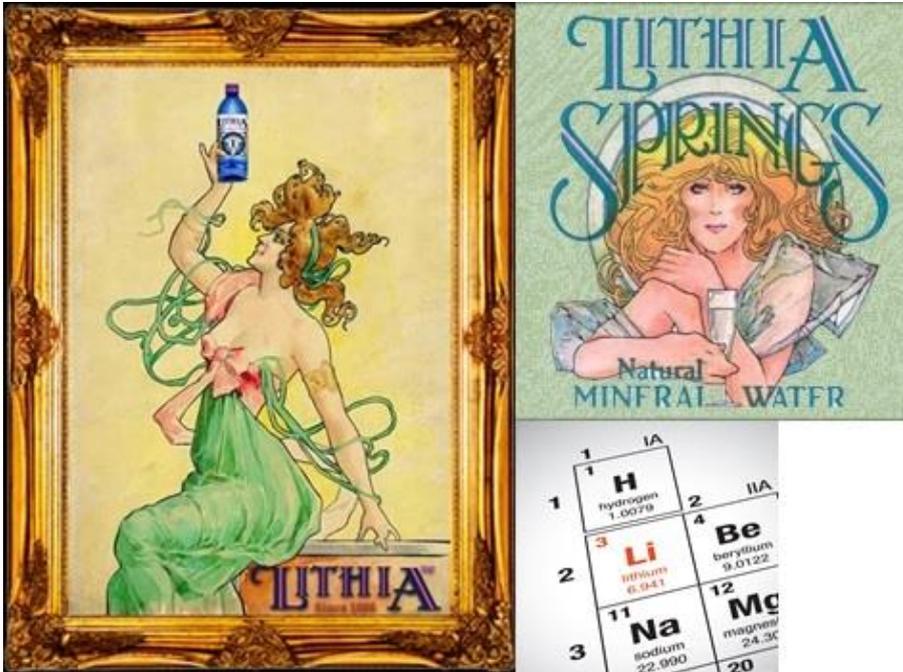
Fonte: Ng et al.⁴⁶³, apud Portaria 315, de 30 de março de 2016, do Ministério da Saúde.

* A clozapina exige a realização de hemograma semanal durante as 18 primeiras semanas de tratamento; após, deve ser realizado hemograma mensal enquanto durar o uso do medicamento.

** A dosagem do nível sérico de prolactina deverá ser solicitada sempre que houver relato de sintomas compatíveis com alterações hormonais, como diminuição da libido, alterações menstruais, impotência e galactorreia.

⁴⁶³ NG, F.; MAMMEN, O.K.; WILTING, I.; SACHS, G.S.; FERRIER, I.N.; CASSIDY, F. et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) consensus guidelines for the safety monitoring of bipolar disorder treatments. *Bipolar Disord.* 2009;11(6):559-95.

Intoxicação por Lítio



Sobre a tabela periódica, anúncios de água mineral com lítio, de Douglas County, Georgia, Estados Unidos, 1888.

Protocolo clínico

Alan Indio Serrano
Guilherme Mello Vieira
Anna Paula G. Macarini
Daiane S. Rotava
Tadeu Lemos
Rosalie Kupka Knoll

e Grupo Consultores do QualisUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

O lítio é um metal leve. Na forma de carbonato é utilizado como estabilizador de humor, para os quadros de transtorno afetivo bipolar. Após a administração oral o lítio tem rápida e completa absorção pelo trato gastrointestinal. O pico plasmático ocorre em 1 a 2 horas após a ingestão para produtos de liberação imediata e em 4 a 6 horas nos produtos de formulações com liberação sustentada.

A prevenção da intoxicação pode ser feita pela psicoeducação a respeito da importância da hidratação e do consumo de eletrólitos. É importante, também, ao paciente, que aprenda a detectar precocemente os sinais de intoxicação, ainda na fase prodrômica, quando a reversão é fácil: tremores, sensação de fraqueza, náuseas, dor abdominal eventual, fezes muito moles ou diarreicas. Hipertensos, com dieta hipossódica e uso de anti-hipertensivos demandam maiores cuidados, pois os níveis baixos do sódio facilitam a intoxicação pelo lítio⁴⁶⁴.

⁴⁶⁴ CARVALHO, A. F.; QUEVEDO, J. **Emergências Psiquiátricas**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

X49.1 Intoxicação acidental por exposição a outras substâncias químicas nocivas e às não especificadas (inclui: metais, incluindo suas emanações e vapores)

T56.8 Efeito tóxico de outros metais

X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente

X64 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas

3. DIAGNÓSTICO

Há mais de meio século, o lítio é a droga mais amplamente utilizada no tratamento do transtorno bipolar. A nefrotoxicidade renal pode se apresentar de diferentes formas, de alterações mais precoces como diabetes *insipidus* nefrogênico e acidose metabólica a lesões secundárias ao uso crônico, como hipercalcemia, nefropatia túbulo intersticial e doença renal crônica⁴⁶⁵.

É rara a intoxicação pela ingestão voluntária de comprimidos, pois uma dose alta provoca náusea e vômitos, o que diminui a absorção. A intoxicação acontece, geralmente, quando a litemia está acima de 1,5 mEq/l. Excepcionalmente algumas pessoas, usando diuréticos, ou desidratadas no verão, intoxicam-se com doses normais prescritas. Litemias acima de 2,0 mEq/l predispõem a intoxicações graves.

Fármacos que interagem, podendo agravar a intoxicação por lítio.

Droga	Observações
Diuréticos (sobretudo tiazídicos)	Excreção diminuída de lítio devido ao aumento da depleção de sódio e da absorção tubular de lítio. A Furosemida tem menor possibilidade de produzir este efeito.
Antiinflamatórios não esteroides	Redução da excreção renal de lítio (excepto com o Sulindac). A Indometacina reduz a excreção de lítio provavelmente por inibição de prostaglandinas.
Haloperidol	Casos ocasionais de neurotoxicidade em pacientes maníacos, sobretudo com grandes doses de uma das drogas ou de ambas.
Inibidores da ECA	Redução da depuração renal de lítio e aumento dos seus efeitos.
Metildopa	Aumento da probabilidade de toxicidade do lítio no sistema nervoso central (SNC). Deve-se então ajustar a dose de lítio ou substituir a metildopa por outro anti-hipertensivo.
Teofilina	Aumento da excreção renal de lítio e redução dos seus efeitos.

Fonte: Leal, Fernandes, 2002⁴⁶⁶.

Os sinais de intoxicação por lítio são os seguintes:

- 1) Vômitos ou náuseas;

⁴⁶⁵ OLIVEIRA, J. L. et al . Nefrotoxicidade por lítio. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 56, n. 5, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000500025&lng=en&nrm=iso>.

⁴⁶⁶ LEAL, A.C.M.; FERNANDES, A.S.G. Lítio e sua aplicação terapêutica na psicose maníaco depressiva. **Biologias** n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.ordembilogos.pt/Publicacoes/Biologias/4_Litio%20--%20Abr05.pdf>.

- 2) Diarréia;
- 3) Polidipsia;
- 4) Dor abdominal;
- 5) Tremores de mãos ou pernas;
- 6) Fraqueza muscular generalizada;
- 7) Letargia;
- 8) Vertigem eventual;
- 9) Disartria;
- 10) Hiperreflexia discreta;
- 11) Dismetria;
- 12) Edemas, principalmente nos membros inferiores.

Contudo, nos casos graves, em que houve ingesta exagerada, a sintomatologia pode evoluir para a sonolência, o embotamento e a agitação psicomotora. Pode chegar a ataxia, hipertonia muscular, fasciculações, hiperreflexia importante, nistagmo, paresias, paralisias e movimentos coreoatetóicos.

As intoxicações mais avançadas podem apresentar convulsões, espasticidade, turvação de consciência e coma.

Algumas interações medicamentosas podem agravar o quadro de intoxicação por lítio.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

As unidades sanitárias básicas, os CAPS e o SAMU devem encaminhar os casos de intoxicação emergenciais a prontos-socorros de hospitais. O Centro de Informações Toxicológicas (CIT) pode ser consultado por telefone, pelo serviço de emergência que estiver atendendo o paciente. Casos graves precisarão de serviço de hemodiálise em hospitais.

8. TRATAMENTO

Em casos leves, a suspensão da medicação por algumas tomadas, baixando a dose no sangue, pode corrigir a litemia elevada e resolver o problema. A excreção é renal. Daí a importância de saber se os rins estão em bom funcionamento. Deve-se neste caso suspender a medicação, tomar grandes quantidades de água e ingerir alguma quantidade de cloreto de sódio na comida.

Não se deve interromper o lítio de forma abrupta e total, exceto nos casos de intoxicação grave, pois há risco de desencadeamento de um episódio maníaco pela suspensão repentina⁴⁶⁷.

O diagnóstico deve se basear nas manifestações clínicas, e não somente nos níveis séricos do fármaco. Deve-se atentar para os casos em que o paciente usou também clorpromazina ou outros neurolepticos, anti-inflamatórios não esteroides, diuréticos tiazídicos, captopril e enalapril, todos capazes de interagir com o lítio⁴⁶⁸.

O lítio, sendo metal, não é absorvido pelo carvão ativado. Daí a inutilidade do uso do carvão ativado nas intoxicações agudas.

⁴⁶⁷ NHS. **Guideline for the Management of Patients on Lithium**. Forth Valley: NHS, 2013. Disponível em: <http://www.nhsforthvalley.com/__documents/qi/ce_guideline_mentalhealth/lithium.pdf>.

⁴⁶⁸ SHANSIS, F.; ZANATA, L. Estabilizadores do humor. In. CATALDO NETO, A.; GAUER, G.J.C.; FURTADO, N.R. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: Artmed, 2003. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=B8LByUTKwS0C&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q=Estabilizadores%20do%20humor&f=false>>.

Geralmente, quando o caso chega ao serviço de saúde, já se passou mais de uma hora da ingestão da dose comprometedora. Uma lavagem gástrica só teria efeito na primeira hora após a ingestão. Na segunda hora, já não há propósito para fazer lavagem. Deve-se ter em mente que, em casos de misturas de outras drogas, com o lítio, a lavagem pode ser prejudicial. Havendo indícios ou relato de ingestão de outras drogas concomitantes, é preferível não fazer a lavagem gástrica e entrar em contato com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), por telefone, relatando o caso. Em Santa Catarina o telefone do CIT é 0800 643 5252.

Muitas situações são decorrentes de intoxicações crônicas e graduais. Nestes casos também não há indicação para lavagem gástrica.

Intoxicações moderadas a graves para pessoas de qualquer idade demandam internação. Idosos cujas dosagens de lítio estejam acima de 2,0 mEq/l, precisam de internação com grande grau de observação. Faz-se hidratação via oral, aplica-se soro fisiológico intravenoso, corrige-se os eletrólitos (especialmente o sódio sérico). Controla-se o balanço hídrico. Dosagens seriadas de lítio e eletrólitos são realizadas. Investiga-se a função renal. Faz-se ECG.

Nas intoxicações com lítio acima de 4,0 mEq/l é indicada a hemodiálise em várias sessões⁴⁶⁹. A hemodiálise é feita também em crianças intoxicadas acidentalmente⁴⁷⁰. Pode-se optar, alternativamente, pela diálise peritoneal.

Após reverter o quadro de intoxicação e corrigir a função renal, algumas sequelas podem se manter, como ataxia e tremores crônicos. Raramente persistem os sintomas de disartria, hiperreflexia e dismetria.

MONITORIZAÇÃO

Durante a fase de desintoxicação, deve-se acompanhar a variação da lítio a cada 6 horas, após iniciar as medidas de tratamento, até a estabilização.

De forma preventiva, quando se usar lítio, havendo dúvidas é aconselhável fazer provas de função renal, dosagem de hormônios da tireoide e hemograma semestralmente, assim como dosar o lítio sérico a cada 3 ou 6 meses⁴⁷¹.

É importante a instrução dos profissionais de saúde, em todos os serviços, para que ajudem a prevenir acidentes com lítio e detectem riscos de autointoxicação⁴⁷².

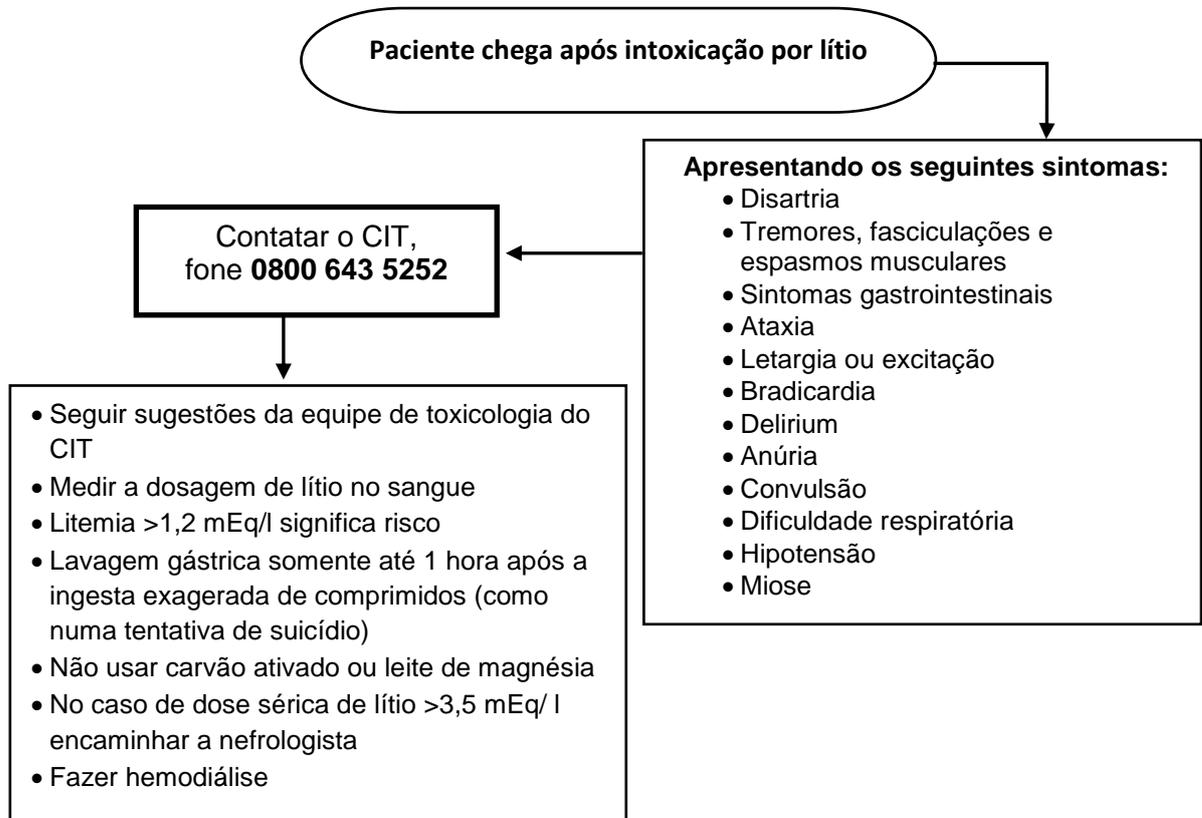
⁴⁶⁹ BECKMANN, U. Efficacy of continuous venovenous hemodialysis in the treatment of severe lithium toxicity. **J Toxicol Clin Toxicol**. 2001;39(4):393. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=11527234>>.

⁴⁷⁰ MEYER, R.J. et al. Hemodialysis followed by continuous hemofiltration for treatment of lithium intoxication in children. **Am J Kidney Dis**. 2001;37(5):1044. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=11325688>>.

⁴⁷¹ NHS. **Guideline for the Management of Patients on Lithium**. Forth Valley: NHS, 2013. Disponível em: <http://www.nhsforthvalley.com/__documents/qi/ce_guideline_mentalhealth/lithium.pdf>.

⁴⁷² ORUCH, Ramadhan, et al. Lithium: A review of pharmacology, clinical uses, and toxicity. **European Journal of Pharmacology**. Volume 740, 5 October 2014, Pages 464–473. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014299914004932>>.

ALGORITMO





A morte de Chatterton, 1856, por Henry Wallis.

Risco de Suicídio

Protocolo Clínico

Alan Indio Serrano
Guilherme Mello Vieira
Daiane S. Rotava
Rosalie Kupka Knoll
Jair Abdon Ferracioli

e Grupo Consultores do QualISUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Em psicóticos podem ocorrer suicídios que fazem parte de uma interpretação delirante estabelecida. As tentativas de auto extermínio comumente ocorrem em transtornos depressivos graves (bipolares ou monopolares), mas também em transtornos de personalidade (especialmente nas personalidades emocionalmente instáveis, como as borderline e as explosivas), no abuso de substâncias psicoativas, nas psicoses esquizofrênicas, em distímias, em reações de ajustamento muito graves e, em frequência menor, em outros quadros psiquiátricos. Uma pequena parcela dos suicídios não envolve transtornos mentais e implica a liberdade estática de escolha.

O risco de morte intencional autoinfligida é classificada na sociologia como altruísta (por uma causa tida como nobre e importante), fatalista (como nos casos do moribundo que pensa em abreviar o sofrimento antes de uma morte já prevista), anômica (quando o sujeito sente que a sociedade em seu entorno está degenerada a ponto de não mais haver condições de sobrevivência) e egoísta (por motivos pessoais, como nas depressões, nos transtornos de personalidade borderline e explosiva e outros transtornos psíquicos)⁴⁷³.

No momento da tentativa o quadro é de emergência médica e deverá ser encaminhado a um pronto-socorro de hospital geral, que seguirá critérios segundo o tipo de lesão ou de intoxicação praticada.

⁴⁷³ SERRANO, A.I. Suicídio: epidemiologia e fatores de risco. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, A.G.J.C.; FURTADO, N.R. **Psiquiatria para estudante de medicina**. 1ª. ed.. Porto Alegre: EdUPUCRS, 2003.

O SAMU poderá fazer o atendimento inicial e o transporte ao hospital. Os profissionais que trabalham com urgências devem se atualizar para abordar os temas com matizes psiquiátricos⁴⁷⁴.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

O risco de suicídio não tem uma classificação própria, pois é fenômeno que pode ocorrer em vários quadros clínicos diferentes e, mais raramente, na ausência de qualquer quadro clínico. A maior parte das pessoas que planejam, tentam ou pensam insistentemente em suicídio sofre de algum transtorno psíquico, devendo ser feito seu diagnóstico e sua classificação segundo o transtorno.

Quando já ocorreu a tentativa, consumada ou frustra, utiliza-se os itens da CID-10 abaixo:

X60 a X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente

- X60 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos
- X61 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte
- X62 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte
- X63 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo
- X64 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas
- X65 Auto-intoxicação voluntária por álcool
- X66 Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores
- X67 Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores
- X68 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas
- X69 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas
- X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação
- X71 Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão
- X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão
- X73 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre
- X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada
- X75 Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos
- X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas
- X77 Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes
- X78 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante
- X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente
- X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado
- X81 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento
- X82 Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor
- X83 Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados
- X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados

⁴⁷⁴ CARVALHO, A. F.; QUEVEDO, J. **Emergências Psiquiátricas**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

3. DIAGNÓSTICO

As ameaças de suicídio devem ser levadas a sério, desmistificando a ideia de que quem ameaça não faz. O agente de saúde pode ser importante na identificação de um risco, encaminhando a pessoa a consulta em unidade sanitária.

Diante de sinais de risco, a abordagem não precisa ser eufemizada: deve-se conversar abertamente sobre o tema com o paciente, perguntando se ele tem tido a sensação de que não vale mais a pena viver, se já pensou em terminar com sua vida, se fez algum plano para isto. O profissional precisa ter paciência para ouvir e não falar apressadamente. O reassseguramento prematuro ou inadequado pode ser entendido pelo paciente como falta de empatia, de interesse ou impedimento para deixá-lo se manifestar⁴⁷⁵.

O diagnóstico é feito pela entrevista clínica, que deve ser realizada de forma empática e clara, com finalidade de avaliar o risco de comportamentos suicidas. O risco individual é avaliado através dos fatores de risco e de proteção identificados.

Como fatores de proteção podem ser identificados: suporte social, vínculo familiar, gestação, maternidade, religiosidade, habilidade na resolução de problemas e estilo de vida saudável. E como fatores de risco: história prévia de tentativa de suicídio, doença psiquiátrica, transtornos de personalidade, de ansiedade e estresse pós-traumático, solteiros, assim como os que moram sozinhos, doenças físicas (dor crônica, cirurgia recente, doença em estágio terminal), abuso na infância, desempregados, homens jovens, idosos, abuso de álcool e outras drogas, detentos e história familiar de suicídio.

Os meios utilizados variam da asfixia e do uso de armas, à ingestão de pesticidas agrícolas e de farmacos⁴⁷⁶. As mulheres tentam suicídio quatro vezes mais do que os homens, mas os homens usam, geralmente, métodos mais agressivos e morrem com uma frequência quatro vezes maior⁴⁷⁷.

A avaliação inclui o questionamento direto quanto a intenção, ideação e o plano suicida. Determinar o quão intensa é a presença dos pensamentos, a habilidade de controlar os impulsos, fatores estressores e o acesso a sistemas de suporte⁴⁷⁸.

Identificados os fatores de risco para comportamento suicida, classifica-se a urgência da situação.

São de **baixa urgência** os casos em que há ideação suicida mas não há planejamento específico e a intencionalidade é baixa. Nestes casos o paciente ainda vislumbra alternativas para lidar com o sofrimento.

⁴⁷⁵ NORDON, D.G. *Psiquiatria do adulto: ideação suicida e suicídio*. In: GIANINI, R.J.; HÜBNER, C.K.; NORDON, D.G. **Protocolos de atendimento** e encaminhamento em saúde mental para unidades básicas de saúde. São Paulo: Atheneu, 2012.

⁴⁷⁶ FLEISCHMANN, A.; BERTOLOTE, J.M., et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. **Psychological Medicine**, 2005, 35, 1467–1474. Disponível em: <http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/27587/37716_1.pdf?sequence=1>.

⁴⁷⁷ SERRANO, A.I. **Chaves do óbito autoprovocado: sua prevenção, assistência e gestão em saúde pública**. Florianópolis: Insular, 2008.

⁴⁷⁸ CIULLA, L.; SERRANO, A.I.; TRES, G.L.; CATALDO NETO, A. Suicídio: avaliação de risco e manejo. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, AG.J.C.; FURTADO, N.R. **Psiquiatria para estudante de medicina**. 2ª. ed.. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2013.

São de **média urgência** os casos em que o paciente apresenta planos suicidas possíveis, mas não tem acesso fácil aos meios para concretizá-los. Visualiza seu planejamento como algo possível, para o futuro, caso a situação não melhore. Nestes casos o paciente deve ter consulta agendada em serviço especializado de saúde mental, como o CAPS, num período máximo de 7 a 10 dias. Neste interim, a equipe da unidade básica de saúde deve manter contato com ele.

Os casos de **urgência elevada** são os que há planejamento claro, com convicção, e há intenção de leva-lo a cabo nas próximas horas ou dias. A convicção nunca é absoluta, pois todos os pacientes têm uma ambivalência, que abre possibilidade para a intervenção. Casos com risco muito grave podem exigir internação em serviço de saúde mental de hospital geral ou em hospital psiquiátrico. Em geral é possível montar uma relação boa com o paciente, evitando um desfecho ruim.

Após classificar a urgência, caracteriza-se o **nível de periculosidade**. Se há meios disponíveis (venenos, armas de fogo, remédios armazenados, vida solitária sem pessoas habitando junto, ausência de rede social), de fácil acesso, a periculosidade é grande.

A avaliação psiquiátrica deve ser agendada imediatamente. Dependendo do risco, da urgência e da periculosidade, o paciente deve ser convidado a comparecer diariamente ao serviço de saúde, criando-se um esquema adicional de visitação do domicílio, por agente de saúde e por outros profissionais.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Havendo lesão ou intoxicação, o paciente deve ser avaliado em emergências hospitalares, unidades de pronto atendimento (UPA) e serviços móveis de urgência (SAMU). Os casos que impliquem observação ou tratamento hospitalar serão internados.

Os casos de menor gravidade que forem atendidos em serviços emergenciais, a critério médico, poderão ser liberados e encaminhados a consulta regular em serviços comunitários da rede. Nestes casos será importante a montagem de rede de apoio, especialmente familiar, para prevenir a repetição da tentativa. Havendo suspeita de intenção de nova tentativa será indicado que haja, permanentemente, um familiar ou outra pessoa próxima do paciente, até que seja feita uma abordagem capaz de permitir compreender as razões e o *modus operandi*, avaliar o grau de impulsividade e montar contratos que o paciente possa cumprir.

Somente tentativas sem lesão ou com intoxicação de menor importância clínica podem ser atendidas em CAPS, ambulatórios e unidades básicas de saúde. Em todos os casos é importante um contrato verbal com o paciente, permitindo-lhe enunciar que não provocará agressões a si mesmo outra vez e que procurará ajuda caso esteja com dificuldades neste sentido.

5. TRATAMENTO

Os pacientes de baixo risco (pensamentos suicidas ocasionais, sem planos) orienta-se fornecer suporte emocional e encaminhar para acompanhamento com profissional de saúde mental ou médico.

Os de médio risco (pensamento e planos suicidas de caráter não imediato) também devem ser estimulados quanto a trabalhar seus sentimentos suicidas e sua possível ambivalência e às alternativas ao suicídio, com encaminhamento o mais breve possível para acompanhamento de sua saúde mental, assim como a família e amigos devem ser contatados.

Os de alto risco (plano definido, meios de execução e de caráter imediato) devem ser acompanhados em tempo integral. Para os mais graves deve se providenciar hospitalização. A família deve ser contatada e informada, caso não saiba da situação. Se houver meios de suicídio em posse do paciente, eles devem ser removidos.

Os critérios de hospitalização abrangem, além do quadro clínico da doença psiquiátrica de base:

- a) Constância de pensamentos autodestrutivos permanentes ou recorrentes;
- b) Alto nível de intenção de morrer nas próximas horas ou nos próximos dias;
- c) Agitação ou pânico;
- d) Existência de plano destrutivo imediato, realista, envolvendo métodos eficazes;
- e) Suporte social precário e dificuldades para montar vínculo adequado.

A abordagem psicossocial imediata e sequencial implica:

- a) Esforços para reduzir as forças de tensão sobre o mundo psíquico da pessoa;
- b) Reforço das ligações afetivas positivas, não tanáticas;
- c) Controle de armas, venenos, remédios, etc.;
- d) Entender que se deve abordar o transtorno de base, que gera o ímpeto suicida, pois não há fármaco específico contra suicídio;
- e) Evitar dar receitas médicas com grande quantidade de remédios, para evitar seu uso como meio de morte;
- f) Discutir os aspectos envolvendo a proteção possível, como nos casos de gravidez na adolescência e de solidão nos idosos.

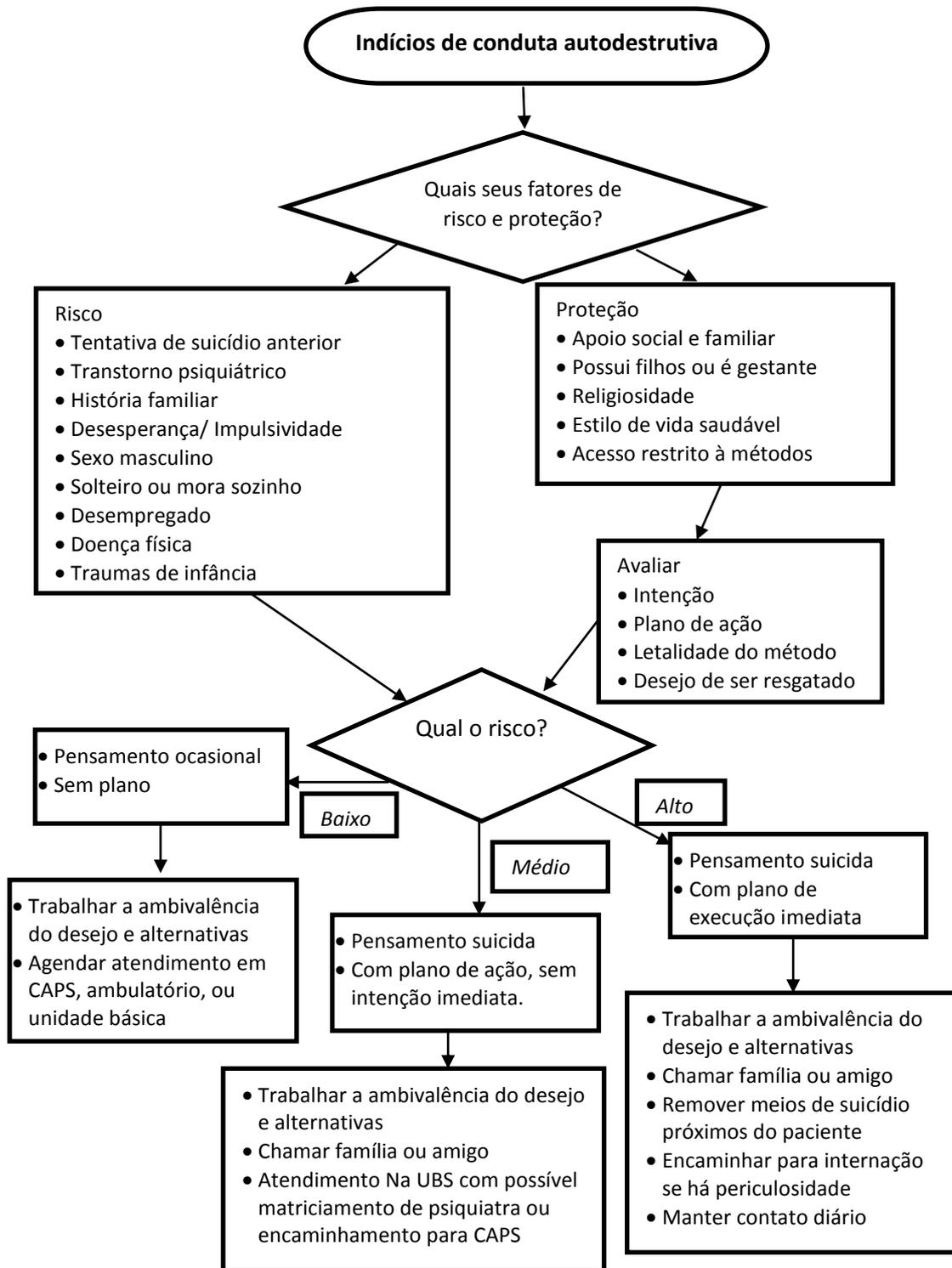
Pessoas com transtornos de personalidade podem atuar de forma contumaz, utilizando ameaças, autoagressões e outras condutas parassuicidas na montagem de relações com terceiros, especialmente com familiares e outras pessoas próxima, muitas vezes manifestando uma suicidalidade crônica⁴⁷⁹. A identificação de tais personalidades desviantes é importante, fazendo o diagnóstico diferencial dos casos agudos, por depressão, esquizofrenia, pânico ou abuso de substâncias químicas que possam estar na base causal do comportamento autodestrutivo. A customização de um tratamento eletivo, de longo prazo, para pessoa com personalidade de fortes traços borderline, explosivo, esquizoide ou de traços mistos é polêmica, complexa e implica experiência clínica e psicoterápica^{480, 481}.

⁴⁷⁹ PARIS, J. Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder. **Psychiatric Services**, June 2002, 53:6, 738-742. Disponível em: <<http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.53.6.738>>.

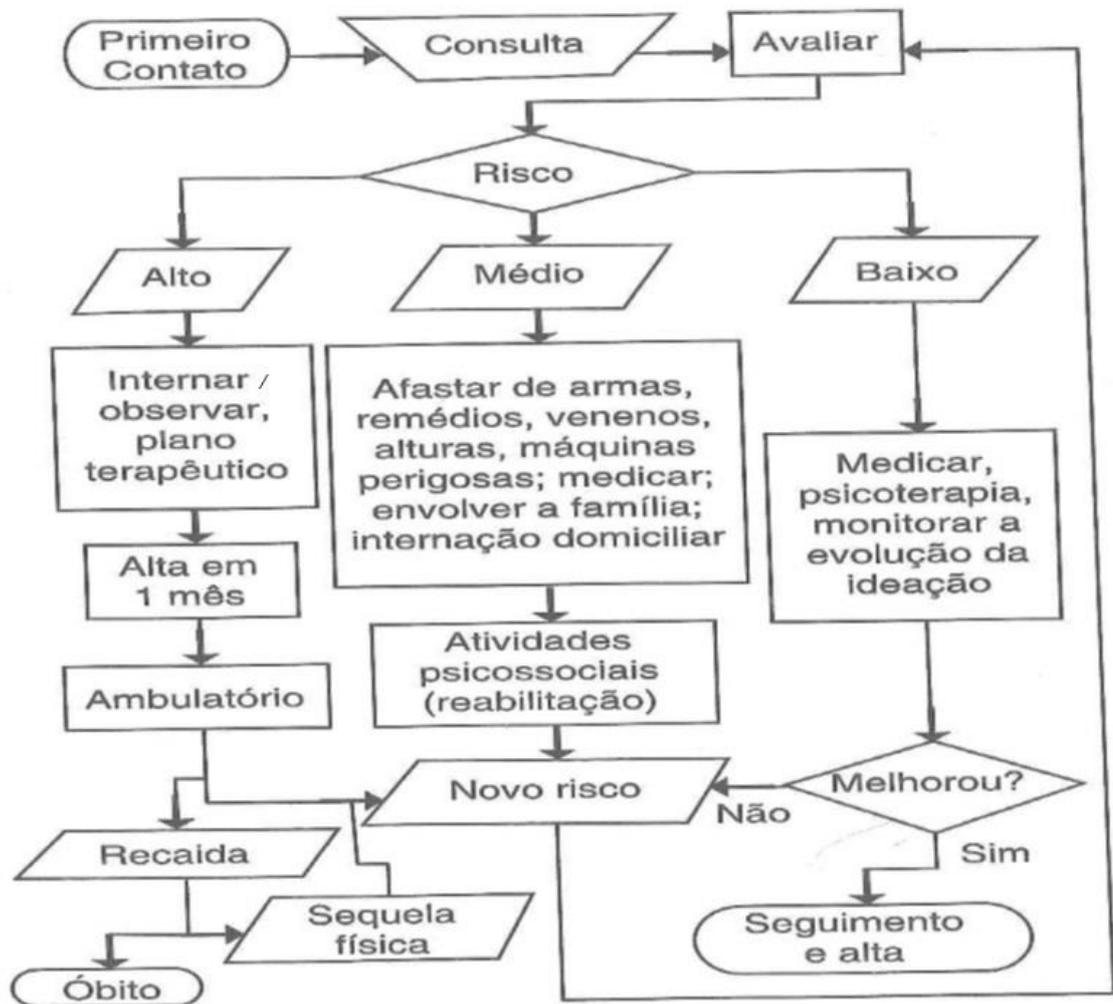
⁴⁸⁰ OLDHAM, J. M. Borderline personality disorder and suicidality. **Focuss**, Volume 11 Issue 2, Spring 2013, pp. 277-283. Disponível em: <<http://focus.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.focus.11.2.277>>.

⁴⁸¹ KERNBERG, O. F.; MICHELS, R. Borderline personality disorder. **The American Journal of Psychiatry**, May 2009 Volume 166 Number 5, pp. 505-508. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2009.09020263>>.

ALGORITMO DA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO



ALGORITMO DO MANEJO DO RISCO



Fonte: SERRANO, 2008⁴⁸².

⁴⁸² SERRANO, A.I. **Chaves do óbito autoprovocado**: sua prevenção, assistência e gestão em saúde pública. Florianópolis: Insular, 2008.

Transtorno de Ansiedade Generalizada

Protocolo Clínico



Retrato de Eliza Pareńska, por Stanislaw Wyspiański, 1905.

Sônia A. Leitão Saraiva
Jorge Ernesto S. Zepeda
Alan Indio Serrano
Guilherme Mello Vieira
Jair Abdon Ferracioli
Anna Paula G. Macarini

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é uma situação comum, caracterizada por preocupação excessiva e crônica sobre diferentes temas, associada a tensão aumentada. É o transtorno de ansiedade mais comum na atenção primária, estando entre os dez motivos gerais mais comuns de consulta⁴⁸³. Uma pessoa com transtorno de ansiedade generalizada normalmente se sente irritada e tem sintomas físicos, como inquietação, fadiga fácil e tensão muscular. Pode ter problemas de concentração e de sono. Para fazer um diagnóstico, os sintomas devem estar presentes por pelo menos seis meses e causar desconforto clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes.

Um aspecto essencial é a preocupação constante concomitante aos sintomas somáticos e psíquicos. Os receios mais frequentes são: medo de adoecer, de que algo negativo aconteça com seus familiares, de não conseguir cumprir com compromissos profissionais ou financeiros. No curso do transtorno, é comum a preocupação mudar de foco. É especialmente comum entre

⁴⁸³ GUSSO, G.D.F. **Diagnóstico de demanda** em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2a. edição (CIAP-2). [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

Disponível em:

<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F5%2F5159%2Ftde-08032010-164025%2Fpublico%2FGustavoGusso.pdf&ei=LZFbVJaaFIeogwT8v4SoAg&usg=AFQjCNHXQbrpOYex-kCyvruB_pF1EH4Djw&bvm=bv.78972154,bs.1,d.cGE&cad=rja>.

donas de casa e, entre os homens, mais comum entre os solteiros/separados e desempregados⁴⁸⁴.

O reconhecimento de transtornos de ansiedade na atenção primária é pobre, e apenas uma minoria das pessoas com transtornos de ansiedade recebem algum tratamento. Quando ansiedade coexiste com depressão é comum que os sintomas depressivos sejam reconhecidos sem a detecção do transtorno de ansiedade subjacente. Apesar de considerável variabilidade entre os transtornos de ansiedade, eles costumam estar associados a incapacidades prolongadas, podendo ter um longo curso de remissões e recidivas. Podem ser muito perturbadores para as pessoas afetadas, suas famílias, amigos e cuidadores. Transtornos de ansiedade normalmente ocorrem associados entre si, ou com outros problemas como depressão e abuso de substâncias⁴⁸⁵.

O tratamento deve ser oferecido logo que possível, na própria atenção primária, e pode ser feito com farmacoterapia, psicoterapia ou combinação de ambos.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F41.1 Ansiedade generalizada

Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos. Sua sinonímia inclui estado ansioso, neurose ansiosa e reação de angústia. Deve ser diferenciado da neurastenia, codificada em outra seção.

3. DIAGNÓSTICO

A ansiedade e o medo, por si, não são doenças e nem transtornos. Além de serem experiências normais do cotidiano, são condições

essenciais e naturais à vida humana, responsáveis por preparar o indivíduo para situações de ameaça e perigo. (...) Em alguns casos, no entanto, um indivíduo pode apresentar ansiedade ou medo elevados de forma desproporcional à situação que os elicia ou em situações nas quais eles não são adaptativos, muitas vezes se mantendo de modo persistente e levando a prejuízos no seu funcionamento, caracterizando os transtornos de ansiedade. (...) Os TA interferem significativamente na vida do indivíduo diagnosticado e daqueles com quem ele convive, comprometendo suas atividades cotidianas, seus relacionamentos sociais e outras esferas da vida. Além disso, transtornos de ansiedade apresentam baixos índices de remissão espontânea e tendem a se cronificar ou mesmo se desdobrar em outros transtornos psiquiátricos quando não tratados⁴⁸⁶.

⁴⁸⁴ Vide, com maiores detalhes: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção em saúde mental. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

⁴⁸⁵ NHS. NICE. **Anxiety disorders**. NICE quality standards [QS53]. Manchester: NICE, fevereiro 2014. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/qs53/chapter/introduction>>.

⁴⁸⁶ De SOUSA, D. A. et al . Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Aval. psicol.**, v. 12, n. 3, dez. 2013 . Disponível em

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

Um cuidado que os médicos generalistas, na atenção primária precisam ter é o de não se apressar para fazer o diagnóstico. Na ansiedade, como na depressão, há riscos de fazer identificações equivocadas (falsos positivos). Na suspeita de síndromes depressivas, por exemplo, no Reino Unido são mais frequentes os falsos positivos do que os casos não diagnosticados (falsos negativos)⁴⁸⁷.

Todo paciente com suspeita de transtorno de ansiedade deve receber avaliação adequada para definir se há ou não um transtorno específico, qual a severidade dos sintomas e qual a severidade do prejuízo funcional associado.

Em caso de efetivo diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada deve haver diálogo com o paciente sobre o tema, em linguagem pouco medicalizadora e não biologicista, tão logo possível, para ajudar as pessoas a entender o problema, a se responsabilizar por ele, a repensar suas pautas de relacionamento com pessoas e situações. Espera-se que a pessoa inicie um tratamento sem esperar milagres, dispondo-se a um trabalho psíquico, interior, e esforçando-se para separar as ansiedades realísticas das ansiedades neuróticas. Sob uma ótica psicanalítica, são situações prototípicas geradoras de ansiedade: a perda de um objeto desejado, a perda de amor, a perda de identidade e a perda de autoestima.

O uso de uma linguagem excessivamente biológica e medicalizante^{488, 489, 490} dá a entender, ao paciente, que ele se torna vítima de uma doença que o invade, com a qual nada tem a ver, e da qual pode se desresponsabilizar, colocando-se no papel de vítima. A medicalização excessiva provoca consumo abusivo e contraproducente de serviços de saúde, fazendo declinar a capacidade de enfrentamento autônomo do cidadão⁴⁹¹. Nesta situação, ele corre o risco de deixar ao médico a obrigação, fantasiosa, de conseguir um remédio que extinga, magicamente, a causa dos sintomas. É comum que tais pacientes, sem se preocupar em buscar um sentido para seu sofrimento, visitem vários médicos, exigindo remédios que trocam seguidamente, por dificuldade de entenderem os fatores pessoais, psíquicos e relacionais envolvidos.

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300015&lng=pt&nrm=iso>.

⁴⁸⁷ MITCHELL, A.; VAZE, A.; RAO, S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. **The Lancet**, Vol. 374, Issue 9690, 22 August 2009 Pages 609-619. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60879-5. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2960879-5/abstract>>.

⁴⁸⁸ MOLINER, J.; LOPES, S.M.B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400010&lng=en&nrm=iso>.

⁴⁸⁹ CONRAD, P. et al. Estimating the costs of medicalization. **Social Science & Medicine**. Volume 70, Issue 12, June 2010, Pages 1943–1947. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610001784>>.

⁴⁹⁰ KVAALE, E. P. et al. he ‘side effects’ of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. **Clinical Psychology Review**, Volume 33, Issue 6, August 2013, Pages 782–794. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735813000883>>.

⁴⁹¹ TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern ‘epistemicide’ in health. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf>>.

Deve-se considerar a hipótese de haver este diagnóstico em pessoas se apresentando com ansiedade ou preocupação exageradas, permanentes e significativas, e em pessoas que

(1) buscam serviços de saúde frequentemente e que possuem um problema de saúde física crônico;

(2) não tem um problema de saúde física mas estão constantemente buscando explicação sobre sintomas somáticos, particularmente idosos ou populações vulneráveis;

(3) estão repetidamente preocupadas sobre uma ampla faixa de diferentes temas^{492, 493}.

O paciente pode apresentar-se inicialmente com sintomas físicos relacionados à tensão (cefaleia, taquicardia) ou com insônia. A investigação adicional revelará ansiedade proeminente. Deve-se suspeitar deste diagnóstico quando houver sintomas múltiplos de ansiedade ou tensão nas seguintes áreas: tensão mental (preocupação, sentir-se tenso ou nervoso, dificuldade de concentração); tensão física (inquietação, cefaleia, tremores, incapacidade de relaxar); hiperatividade autonômica (tontura, sudorese, taquicardia, desconforto epigástrico). Os sintomas podem durar meses e reaparecer frequentemente. São frequentemente desencadeados por eventos estressantes em pessoas com uma tendência crônica à preocupação.

Deve ser feito o diagnóstico diferencial com as condições psiquiátricas comórbidas mais frequentes. Se o humor deprimido for proeminente, considerar depressão. Se houver ataques súbitos de ansiedade não provocados, considerar transtorno do pânico. Se houver medo e evitação de situações específicas, considerar transtornos fóbicos. Se houver uso pesado de álcool e drogas, considerar transtornos por uso de substâncias psicoativas. Para tanto, veja-se os protocolos específicos para tais situações⁴⁹⁴.

Pelo menos três de seis sintomas precisam estar presentes para um diagnóstico: inquietação ou nervosismo, fadiga, perda de concentração, irritabilidade, tensão muscular e sono perturbado. É em parte um diagnóstico de exclusão, já que condições médicas gerais, medicamentos, substâncias e outros transtornos mentais devem ser excluídos como causa primária. O exame físico e as provas laboratoriais são geralmente normais se não há problemas médicos ou abuso de substâncias presentes⁴⁹⁵.

Do ponto de vista conceitual, o transtorno, segundo a Organização Mundial da Saúde define-se por uma:

Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus

⁴⁹² NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]**: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

⁴⁹³ NHS. NICE. **NICE quality standards [QS53]**: Anxiety disorders. Manchester: NICE, fevereiro 2014. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/qs53/chapter/introduction>>.

⁴⁹⁴ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

⁴⁹⁵ BMJ BEST PRACTICE. Generalized anxiety disorder [recurso eletrônico]. **BMJ Best Practice**, Oct 2014. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/120.html>>.

próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são freqüentemente expressos⁴⁹⁶.

As crianças com transtorno de ansiedade generalizada geralmente demonstram medos excessivos, preocupações ou sentimentos exagerados e irracionais a respeito de situações triviais, são tensas, inseguras e excessivamente sensíveis a quaisquer situações provocadoras de ansiedade. São crianças, como mostram publicações clássicas e revisões sistemáticas mais novas sobre o tema^{497, 498, 499}, muito preocupadas

com o julgamento de terceiros em relação a seu desempenho em diferentes áreas e necessitam exageradamente que lhes renovem a confiança, que as tranquilizem. Apresentam dificuldade para relaxar, queixas somáticas sem causa aparente e sinais de hiperatividade autonômica (ex. palidez, sudorese, taquipneia, tensão muscular e vigilância aumentada). Tendem a ser crianças autoritárias quando se trata de fazer com que os demais atuem em função de tranquilizá-la. (...) Tornam-se crianças difíceis, pois mantêm o ambiente a seu redor tenso, provocam irritação nas pessoas de seu convívio pelo absurdo da situação, sendo difícil acalmá-las e ter atividades rotineiras ou de lazer com elas.

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

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos e crianças com 7 anos e mais⁵⁰⁰.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

⁴⁹⁶ OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** (CID-10). 10ª. Revisão. 2ª. ed.. São Paulo: EDUSP, 1994.

⁴⁹⁷ ALLEN AJ, LEONARD H, SWEDO SE. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1995;34:976-86. Disponível em: <<http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2809%2963341-4/abstract>>.

⁴⁹⁸ CASTILLO, Ana Regina G.L. et al . Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22, supl. 2, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006&lng=en&nrm=iso> e <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>>.

⁴⁹⁹ BERNSTEIN GA, BORCHARDT CM, PERWIEN AR. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1996;35:1110-9. Disponível em: <<http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2809%2963485-7/abstract>>.

⁵⁰⁰ Não há boas evidências sobre tratamentos antes de 7 anos, idade definida normalmente na seleção de pacientes para as pesquisas. Vide:

GINSBURG, Golda S. et al. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: Findings from the CAMS. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol 79(6), Dec 2011, 806-813. Disponível em: < <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/79/6/806/>> e em <<http://dx.doi.org/10.1037/a0025933>>.

CRESWELL, C.; MURRAY, L.; COOPER, P. Interpretation and Expectation in Childhood Anxiety Disorders: Age Effects and Social Specificity. **J Abnorm Child Psychol** (2014) 42:453–465. DOI 10.1007/s10802-013-9795-z. Disponível em:<http://download.springer.com/static/pdf/36/art%253A10.1007%252Fs10802-013-9795-z.pdf?auth66=1413652667_47d48809c1e94e7587c270ecdbe6a0f4&ext=.pdf>.

- a) Hipersensibilidade aos fármacos;
- b) Abuso atual de álcool ou de fármacos psicoativos;
- c) Ausência de aderência ao tratamento ou falta de acompanhamento médico adequada.

6. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo Gestor Municipal ou Estadual poderá ou não ser consultado para a decisão final.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

O tratamento deve ser oferecido logo que possível, e pode ser feito com abordagem orientadora, farmacoterapia, psicoterapia ou combinação de ambos. Há benefícios no tratamento baseado em serviços de atenção primária, como menores taxas de absenteísmo e maior satisfação das pessoas, e estes serviços devem ser o local preferencial de tratamento sempre que possível, mesmo que necessária a interconsulta com profissional de saúde mental⁵⁰¹. Por tratar-se de transtorno com tendência a cronicidade e a períodos de remissão e recorrências, o seguimento por um mesmo profissional ou equipe de saúde pode ser importante fator de adesão, além de possibilitar a identificação precoce de situações desencadeantes e sinais de piora. Além do acompanhamento com médico geral ou médico de família, o acompanhamento complementar por enfermeiro pode colaborar com reforço da adesão e orientação e monitoramento de medidas adjuvantes não medicamentosas, como exercícios físicos, técnicas de relaxamento, higiene do sono.

Casos refratários à terapêutica inicial ou quando houver dúvida quanto ao diagnóstico podem se beneficiar de interconsulta ou seguimento complementar com profissional de saúde mental de apoio, por exemplo, psiquiatra de Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Suspeita de transtorno de humor severo como transtorno bipolar ou presença de sintomas psicóticos indicam a necessidade de avaliação especializada e possivelmente seguimento em serviço de saúde mental.

Os CAPS devem ser reservados para casos complexos, principalmente quando houver comorbidade com transtornos psicóticos e/ou abuso de substâncias. Como existe alta prevalência de sintomas físicos no TAG, é importante que os profissionais das UPA e emergências hospitalares sejam treinados para identificar casos suspeitos de transtornos de ansiedade – por exemplo, ao fazer o diagnóstico diferencial da dor torácica atípica -, possibilitando prevenção de medicalização excessiva e orientação ao paciente para buscar diagnóstico preciso e cuidado adequado na atenção primária.

Pacientes com depressão severa comórbida ou ideação suicida severa podem necessitar de hospitalização enquanto terapia efetiva é instituída.

8. TRATAMENTO

8.1 Recomendações gerais

⁵⁰¹ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]**: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

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

- a) O paciente deve ser encorajado a praticar métodos de relaxamento diários para reduzir os sintomas físicos de tensão;
- b) O paciente deve ser encorajado a envolver-se em atividades prazerosas e exercícios físicos e a retomar atividades que foram úteis no passado;
- c) Identificar e desafiar preocupações exageradas ou pensamentos pessimistas podem reduzir os sintomas de ansiedade;
- d) Identificar eventos que desencadeiam preocupação excessiva pode ajudar a formular estratégias para reduzir a ansiedade;
- e) Discutir o que o paciente está fazendo para manejar as situações desagradáveis, identificando e reforçando atitudes que estão funcionando;
- f) Identificar algumas medidas específicas que o paciente pode tomar nas próximas semanas.

Atualmente existem alguns fármacos, tratamentos psicoterápicos e técnicas comportamentais com evidências científicas de efetividade nos diversos transtornos de ansiedade. Não existe evidência de superioridade de um sobre o outro. O tratamento disponível no local deve ser oferecido no momento do diagnóstico e monitorado em consultas subsequentes para avaliar resposta e eventual necessidade de mudança.

Caso o médico assistente conclua haver necessidade de tratamento medicamentoso, deve ser selecionado um inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS).

Benzodiazepínicos não devem ser oferecidos para tratamento de TAG na atenção primária, a não ser como medida de curto prazo durante crises. Antipsicóticos não devem ser oferecidos como tratamento para TAG na atenção primária, e só devem ser prescritos para esta condição quando especificamente indicados⁵⁰².

É muito importante que o médico, ao prescrever um fármaco, explique ao paciente que o remédio, diferentemente de um antibiótico numa infecção comum, não tem o poder de cura, mas tão somente alivia os sintomas⁵⁰³.

Café, tabaco, bebidas alcoólicas, maus hábitos de sono e drogas ilícitas são fatores que podem piorar os sintomas.

O paciente deve ser orientado para os riscos da mistura de tratamentos ditos naturais, como chás tidos como calmantes porque baixam a pressão arterial. Também quanto ao uso da erva de São João (*Hypericum perforatum*), que pode interagir com remédios psicoanalépticos potencializando efeitos colaterais⁵⁰⁴. Sobre o *Hypericum* há discretos indícios de que, se for bem aplicado, em monoterapia, na dose de 900 mg por dia, sob observação médica, possa ter melhores efeitos do que placebos^{505,506}. Não se revela, contudo, como terapia de resultados satisfatórios.

⁵⁰² NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]**: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

⁵⁰³ NIH (National Institutes of Health). **Anxiety Disorders**. Washington: National Institute of Mental Health. Department of Health and Human Services. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders/index.shtml>>.

⁵⁰⁴ LINDE K, BERNER MM, KRISTON L. St John's wort for major depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 4. Art. No.: CD000448. DOI: 10.1002/14651858.CD000448.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000448.pub3/full>>.

⁵⁰⁵ MORENO, R. A. et al. *Hypericum perforatum* versus fluoxetine in the treatment of mild to moderate depression: a randomized double-blind trial in a Brazilian sample. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo,

A utilidade da passiflora, bastante conhecida e solicitada pela população, não foi confirmada⁵⁰⁷. Não há estudos que possam garantir a existência de seus efeitos benéficos comparados a placebo.

Casos de ansiedade grave podem ser encaminhados a psicoterapia em CAPS ou outros serviços onde haja psicólogo ou psiquiatra.

8.2 Fármacos

8.2.1 Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)

Representam tratamento sintomático útil em alguns quadros graves de ansiedade generalizada em adultos. O fármaco ISRS disponível na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME, 2013) é o cloridrato de fluoxetina, na forma de cápsulas ou comprimidos de 20 mg. Fora do SUS os psiquiatras usam, também, em determinadas situações, a sertralina, a paroxetina e o citalopram⁵⁰⁸.

Antes de se iniciar o tratamento com fluoxetina, deve-se explicar os prováveis benefícios do tratamento; os efeitos colaterais esperados, síndrome de retirada e interações medicamentosas; o risco de ativação, com sintomas como aumento da ansiedade, agitação e sono perturbado; o gradual desenvolvimento do efeito ansiolítico durante as primeiras semanas de tratamento; a importância de se tomar o medicamento como prescrito e a necessidade de continuar o tratamento após remissão dos sintomas para evitar recidiva. Isto vale também para crianças⁵⁰⁹. Orientar que a administração seja preferencialmente pela manhã.

Deve se levar em conta potencialização de risco de sangramento em pessoas usando outras drogas que aumentam este risco, como os anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), principalmente para idosos. Deve-se alertar o paciente a evitar o uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento e orientar que pode afetar a capacidade de realizar atividades que exijam atenção e coordenação motora, como dirigir máquinas ou veículos. O médico orienta sobre o risco de mudança na frequência cardíaca e levantar-se mais lentamente devido ao risco de hipotensão postural⁵¹⁰.

v. 28, n. 1, Mar. 2006. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000100007&lng=en&nrm=iso>.

⁵⁰⁶ CHIOVATTO, R. D. et al. Fluoxetina ou *Hypericum perforatum* no tratamento de pacientes portadores de transtorno depressivo maior leve a moderado? Uma revisão. **Arq. bras. ciênc. saúde**;36(3), jan. 12. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n3/a2662.pdf>>.

⁵⁰⁷ MIYASAKA LS, ATALLAH ÁN, SOARES B. Passiflora for anxiety disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2007, Issue 1. Art. No.: CD004518. DOI: 10.1002/14651858.CD004518.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004518.pub2/abstract>>.

⁵⁰⁸ BALDWIN, D.S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. **The International Journal of Neuropsychopharmacology**, Volume 14, Issue 05, June 2011, pp 697 – 710. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8261043&fileId=S1461145710001434>>.

⁵⁰⁹ IPSEY, J.C.; STEIN, D.J.; HAWKRIDGE, S.; HOPPE, L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 3. Art. No.: CD005170. DOI: 10.1002/14651858.CD005170.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005170.pub2/abstract>>.

⁵¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional** 2008: RENAME 2006. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf>.

Pessoas abaixo de 30 anos devem ser observadas quanto ao fato de estas drogas se associarem a um risco aumentado de pensamentos impulsivos e suicidas em uma minoria de pessoas. Os pacientes devem ser vistos novamente em uma semana e monitoradas para pensamento suicida e autolesão durante o primeiro mês de tratamento.

Este fármaco apresenta um número elevado de interações medicamentosas, e deve-se fazer uma pesquisa sobre este aspecto ao introduzir ou descontinuar este ou outros medicamentos do esquema terapêutico do paciente⁵¹¹.

8.2.2 Tricíclicos

Utilizadas historicamente em transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, a clomipramina, a amitriptilina, a nortriptilina e a imipramina são drogas clássicas⁵¹².

Apesar de também não estar indicada especificamente para o transtorno de ansiedade generalizada, entre as drogas disponíveis no Formulário Terapêutico Nacional, o cloridrato de clomipramina pode ser uma alternativa, em casos graves. Tem grande eficácia na vigência de sintomas de tendência fóbica, obsessivo-compulsiva, pânico, ou angústia refratária elevada. A clomipramida deve ser evitada em idosos, por seus efeitos adversos anticolinérgicos e cardiovasculares. Recomenda-se orientar o paciente a realizar bochechos frequentes com água, consumir balas de goma sem açúcar ou cubos de gelo para amenizar o efeito de boca seca e melhorar a adesão, principalmente no início do tratamento. A imipramina e a nortriptilina são incisivas em depressões apáticas e não são tão sedativa quanto a amitriptilina. São boas alternativas quando há sintomas de depressão mesclados aos de ansiedade.

Nas ansiedades agitadas, com sintomas depressivos e com insônia a amitriptilina pode ter um papel importante. O perfil menos favorável de efeitos colaterais, dos tricíclicos, constitui-se em motivo de cuidados redobrados, do ponto de vista clínico e farmacológico. Os tricíclicos podem ser uma opção terapêutica principalmente quando houver depressão comórbida e esta for o foco inicial do tratamento. Quando usados para depressão isolada ou comórbida com transtornos de ansiedade, em geral seus efeitos terapêuticos são tão bons quanto os dos inibidores seletivos de recaptção da serotonina, mas a taxa de abandono do remédio é maior, pelos efeitos colaterais frequentes⁵¹³.

⁵¹¹ Quando a fluoxetina não for eficaz ou não for bem tolerada e houver necessidade de substituição, caso não seja conveniente o uso de tricíclicos, pode-se oferecer outro fármaco da mesma classe. Neste caso, e de acordo com a disponibilidade em listas de medicamentos municipais, o cloridrato de sertralina pode ser uma alternativa à fluoxetina, inclusive com potenciais vantagens em pacientes selecionados pelo perfil de efeitos colaterais e maior segurança em alguns grupos populacionais, como lactantes. Porém, devido a não haver vantagem em termos de eficácia e efetividade não consta ainda na RENAME e não está disponível na maioria dos municípios. A paroxetina tem utilidade, também, especialmente nas ansiedades com sintomas de pânico, fóbicos, obsessivos e compulsivos. Algumas prefeituras municipais colocaram a sertralina ou a paroxetina na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

⁵¹² Vide:

MODIGH K, WESTBERG P, ERIKSSON E. Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12:251-61. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1527228>>.

ABP. **Transtornos de Ansiedade:** Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/099.pdf>.

⁵¹³ Vide, entre outras comparações:

As doses de tricíclicos variam de 75 a um máximo de 250 mg por dia, iniciando-se com 25 mg/dia, em aumentos graduais, na primeira semana. A dose usual é 75 mg/dia. As mesmas doses podem ser seguidas para a amitriptilina e a imipramina.

A imipramida apresenta boa segurança na lactação. Deve ser evitada em idosos devido aos efeitos adversos anticolinérgicos e cardiovasculares. Caso seja usada, recomenda-se ao paciente aumentar ingestão de água e de fibras, para evitar retenção urinária e constipação intestinal, assim como limitar o uso de cafeína e bebidas alcoólicas.

Em gestantes, todos os antidepressivos citados são classe C, e deve-se preferir terapias não medicamentosas como relaxamento, meditação, exercícios físicos, higiene do sono, ou psicoterapias estruturadas, quando estas estiverem disponíveis. Se for imprescindível a farmacoterapia da ansiedade nesta população, deve-se preferir o inibidor seletivo de receptação da serotonina (fluoxetina), preferencialmente a partir do segundo semestre. Se uma mulher ficar grávida durante o tratamento medicamentoso do transtorno de ansiedade generalizada, o médico deve pesar sobre os riscos e benefícios de manter o tratamento, já que há evidências de que continuar ISRS, por exemplo, durante parte da gestação pode prevenir riscos associados com sintomas ansiosos e depressão comórbida, inclusive trabalho de parto pré-termo^{514, 515}.

8.3. Tempo de tratamento e critérios de interrupção

O tratamento deve ser mantido por um ano após remissão dos sintomas, devido ao curso normalmente crônico e com recidivas deste transtorno. A interrupção deve ser feita após avaliação conjunta entre médico e paciente do quadro atual (com remissão dos sintomas), contexto e risco de recidivas, e compreensão do paciente sobre os riscos e benefícios. Deve ser oferecida durante todo o tratamento e reforçada no momento da interrupção psicoeducação a respeito de fatores desencadeantes e estressores de quadros de ansiedade, sintomas de recidiva e como buscar novo tratamento.

8.4. Benefícios esperados

Todo paciente recebendo tratamento deve ser monitorado e ter sua resposta ao tratamento avaliada a cada consulta. Um erro comum que deve ser evitado é iniciar tratamento e não propor um seguimento estruturado do transtorno, deixando o problema se disfarçar entre outras queixas nas consultas seguintes, ou mesmo deixando os retornos a critério do paciente. Os objetivos centrais do

MOON, C.A.; JAGO, W.; WOOD, K.; DOOGAN, D.P. A double-blind comparison of sertraline and clomipramine in the treatment of major depressive disorder and associated anxiety in general practice. **J Psychopharmacol.** 1994 Jan;8(3):171-6. doi: 10.1177/026988119400800306.

GOUVEA DA COSTA, C. Z. et al. Comparison Among Clomipramine, Fluoxetine, and Placebo for the Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. **Journal of child and adolescent psychopharmacology**, v. 23, n. 10, p. 687-692, DEC 1 2013. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/cap.2012.0110>>.

⁵¹⁴ MASSACHUSETTS General Hospital Center for Women's Mental Health. **Psychiatric disorders during pregnancy.** 2013. Disponível em: <<http://womensmentalhealth.org>>.

⁵¹⁵ RAY S, STOWE ZN. The use of antidepressant medication in pregnancy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.** 2014;28:71-83. Disponível em: <<http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934%2813%2900136-3/abstract>>.

tratamento do TAG são a melhora dos sintomas de ansiedade e a redução ou eliminação da incapacidade.

9. Matriciamento

Os modelos que têm prestado maiores vantagens são os de matriciamento, com abordagens integradas⁵¹⁶, baseados em orientação especializada à atenção primária e em consultas de ligação (*consultation-liaison*)⁵¹⁷. O apoio matricial em saúde mental é uma estratégia que pode melhorar muito a qualidade do atendimento dos casos de ansiedade na atenção primária. A visita da equipe de especialistas em saúde mental às unidades básicas, atendendo pacientes em conjunto, discutindo casos e orientando, é um ideal a ser buscado nos próximos anos, no SUS.

Recomenda-se, desde já, que os profissionais da atenção primária leiam com atenção alguns textos básicos e introdutórios, como o Guia Prático de Matriciamento⁵¹⁸ e os Cadernos de Atenção Básica publicados pelo Ministério da Saúde, em especial os referentes ao acolhimento à demanda espontânea (número 28)⁵¹⁹ e à saúde mental (número 34)⁵²⁰, assim como o documento sobre humanização da atenção e da gestão do SUS⁵²¹.

⁵¹⁶ LESTER, H.; GLASBY, J.; TYLEE, A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? **BJGP** (British Journal of General Practice) April 1, 2004 vol. 54 no. 501 285-291. Disponível em: <<http://bjgp.org/content/54/501/285.full.pdf+html>>.

⁵¹⁷ Vide:

GASK, L.; SIBBALD, B.; CREED, F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. **The British Journal of Psychiatry** (1997) 170: 6-11. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/170/1/6.short>>.

BOWER, P.; GILBODY, S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. **BMJ** 2005; 330:839. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/330/7495/839.full?ijkey=664db03ed3c7829ddf5632306c0239c22e84958&keytype=tf_ipsecsha>.

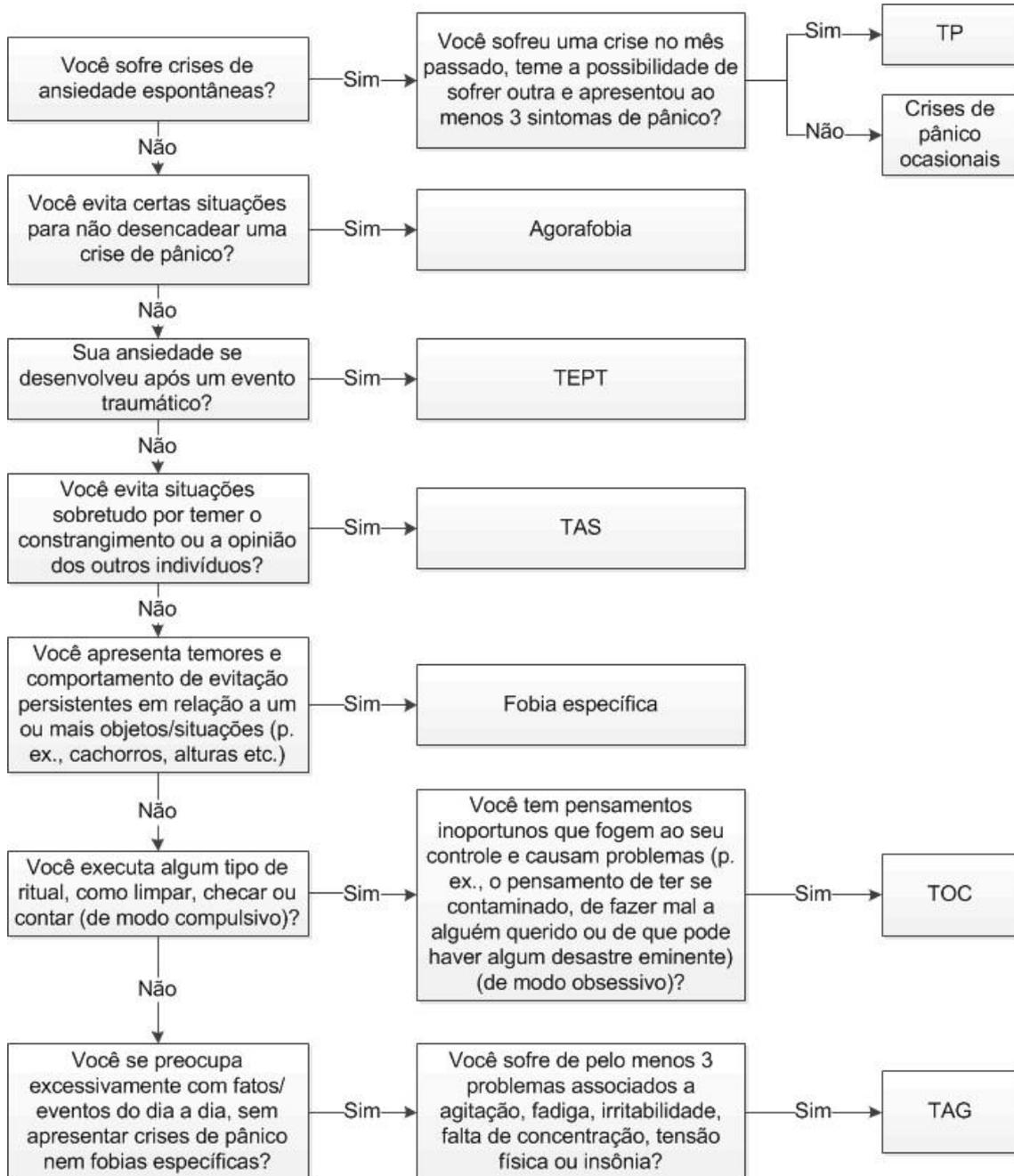
⁵¹⁸ BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** [Dulce Helena Chiaverini (Org.) et al.]. Brasília: Ministério da Saúde / Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>.

⁵¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 28**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>.

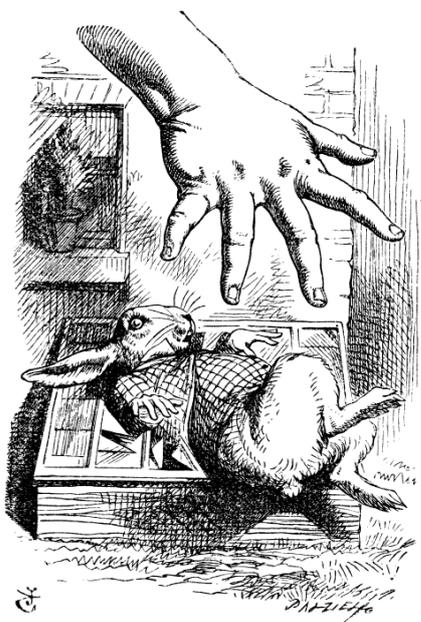
⁵²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>.

⁵²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Documento Base para gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>.

9. ALGORITMO – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS TRANSTORNOS ANSIOSOS



Fonte: IACOVIELLO Brian; MATHEW, Sanjay J. Transtornos de ansiedade. **Medicina Net**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/4642/transtornos_de_ansiedade_%E2%80%93_brian_m_iacoviello_phd_sanjay_j_mathew_md.htm>.



Gravura de John Tenniel para o romance Alice, de Lewis Carroll, 1865.

Transtorno de Pânico

Protocolo Clínico

Sônia A. Leitão Saraiva
Alan Indio Serrano
Jorge Ernesto S. Zepeda
Guilherme Mello Vieira
Jair Abdon Ferracioli
Daiane S. Rotava
Anna Paula G. Macarini

e Grupo Consultores do QualISUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

A grande maioria das pessoas que relata informalmente ter pânico, em serviços de saúde, não sofre, realmente, de crises de pânico e nem de transtorno de pânico. A palavra é utilizada, pelo leigo, erroneamente, como sinônimo de qualquer angústia, ou até mesmo como sinônimo de preocupação e de susto. Portanto, mesmo que o paciente afirme sofrer de pânico, a coleta da descrição da crise é a base da anamnese e do diagnóstico.

Uma crise de pânico não é uma ansiedade comum: é uma manifestação paroxística, muitíssimo breve, que jamais chega a durar 10 minutos. Ela é, porém, muito intensa. Tão intensa que a maioria dos pacientes, no momento da crise, acha que está morrendo ou enfartando. Por isso muitos casos são vistos nos prontos-socorros de hospitais e em clínicas de cardiologia. Muitas vezes a pessoa apressa-se para chegar ao pronto-socorro e, assim que chega, a crise já terminou. Ao ser atendido relata ter medo de voltar a sentir a mesma sensação.

O diagnóstico preciso do transtorno do pânico é fundamental para a atenção eficaz e precoce desta condição. Reconhece-se que muitas vezes há outras condições atuais, como a depressão, que podem tornar o diagnóstico confuso. O processo de diagnóstico deve conter informações relevantes, tais como história pessoal, uso de medicações, características individuais culturais e outras que possam gerar considerações, em cuidados posteriores.

É importante lembrar que um ataque de pânico não constitui necessariamente um transtorno do pânico, e que o tratamento adequado de um ataque de pânico pode limitar o desenvolvimento de transtorno do pânico.

Quando os ataques ocorrem no curso de outros transtornos psiquiátricos, costumam ser desencadeados por situações estressantes ou por circunstâncias em que a pessoa se veja perplexa e insegura em relação a certezas e a referências que tinha. Em geral os ataques acontecem num momento em que a pessoa não os espera e não está se sentindo mal. Não ocorrem, como regra, imediatamente na sequência de um incômodo, de uma preocupação intensa, ou de uma desavença com outras pessoas.

Uma das maiores características na descrição de um paciente com transtorno de pânico é a natureza física dos sintomas. Enquanto no transtorno de ansiedade generalizada a preocupação e a tensão são predominantes, no pânico o paciente inicia descrevendo a doença com referência ao coração, pulmão e trato gastrointestinal. Os ataques de pânico estão entre os diagnósticos mais frequentes que levam um paciente a procurar atendimento de emergência; a maior parte dos pacientes com transtorno de pânico acredita veementemente que têm um problema físico e não um problema psiquiátrico ou psicológico. É muito comum o paciente fazer uma “peregrinação”, consultando-se com diversos especialistas e fazendo inúmeros exames, quase sempre desnecessários.

O tratamento precoce é essencial para reduzir as consequências físicas e sociais. O manejo adequado dos primeiros ataques de pânico pode prevenir o desenvolvimento ou o agravamento de um transtorno. A falta de tratamento geralmente leva à cronificação.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F41.0 Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica].

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, freqüentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. Não se deve fazer um diagnóstico principal de transtorno de pânico quando o sujeito apresenta um transtorno depressivo no momento da ocorrência de um ataque de pânico, uma vez que os ataques de pânico são provavelmente secundários à depressão neste caso.

F40.0 Agorafobia (Transtorno de pânico com agorafobia)

Grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou avião. A presença de um transtorno de pânico é freqüente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia. Entre as características associadas, acham-se freqüentemente sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais. As condutas de evitação comumente são proeminentes na sintomatologia e certos agorafóbicos manifestam pouca ansiedade dado que chegam a evitar as situações geradoras de fobia.

Exclui: Agorafobia sem antecedentes de pânico.

3. DIAGNÓSTICO

Muitas crises de pânico se apresentam com dor torácica, em serviços de urgência e emergência. Deve-se descartar a possibilidade de doença arterial coronariana. Mesmo em jovens que dão entrada no pronto-socorro agitados e

angustiados, há possibilidade de problemas cardíacos, especialmente se ocorreu abuso de cocaína ou de crack.

Caso uma pessoa chegue a um serviço de urgência e emergência, ou a qualquer outro serviço de saúde, durante um ataque de pânico, deve-se:

- 1) Perguntar se já sofreu alguma crise parecida antes, quanto tempo ela durou, se foi atendida em serviço de saúde, e como;
- 2) Perguntar se já está recebendo tratamento para transtorno do pânico;
- 3) Realizar as investigações mínimas necessárias para excluir problemas físicos agudos;
- 4) Não internar em hospital e nem deixar em observação em pronto-socorro por um tempo longo;
- 5) Encaminhar a pessoa para atenção primária para cuidados posteriores, mesmo que tenha sido feito um diagnóstico presuntivo de transtorno de pânico;
- 6) Fornecer informação apropriada sobre ataques de pânico e explicar o encaminhamento para a atenção primária⁵²².

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

Para se fechar um diagnóstico de transtorno de pânico, o indivíduo deve apresentar um ataque de pânico inesperado ao longo da vida, acompanhado por um mês de preocupação com a recorrência do ataque ou suas consequências ou de mudanças prejudiciais no comportamento em decorrência do ataque. A frequência dos ataques pode variar muito, sendo comum a ocorrência de ao menos um ataque noturno. O início dos sintomas de pânico pode ser precedido de eventos vitais negativos importantes.

A característica essencial do transtorno de pânico (TP) é a presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados, acompanhados por pelo menos um mês de preocupação persistente com novos ataques. Pode haver ou não alterações significativas de comportamento como consequência dos ataques. O **ataque** de pânico é um quadro de início agudo, com sensação súbita e inesperada de terror, associada a vários sintomas autonômicos, em particular os cardiorrespiratórios (taquicardia, dispneia, sensação de asfixia, desconforto torácico, vertigem), além de sudorese, tremores, náuseas, sensação de irrealidade (desrealização, despersonalização) parestesias, ondas de frio e de calor e medo intenso de morrer, ficar louco ou perder o controle. O início dos ataques pode ser desencadeado por eventos vitais negativos. Para se fechar um diagnóstico de transtorno de pânico é necessário haver ataques inesperados e outros sintomas e comportamentos associados. Os ataques não podem ser explicados pelo uso de substâncias psicoativas, por uma condição médica geral ou uma por uma condição psicológica específica.

O segundo componente importante do transtorno de pânico é a **ansiedade antecipatória**, em que o paciente desenvolve a preocupação constante de ter um novo ataque, ou ser preocupa com supostas consequências de um novo ataque. Estas preocupações podem levar a um estado de ansiedade crônica. O terceiro componente é a **evitação fóbica**: os pacientes podem ficar tão temerosos de sofrerem um novo ataque que adotam comportamento de evitação a locais ou

⁵²² NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]**: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

situações de onde seja difícil ou embaraçoso escapar ou obter ajuda. Este medo de passar mal e não ter como sair de uma situação, ou o medo de não ser atendido leva a comportamentos fóbicos.

A fobia a lugares abertos e públicos, ou a estar cercado de muitas pessoas, chama-se agorafobia. Há casos em que o indivíduo evita ficar sozinho em casa ou sair sozinho, viajar, utilizar transporte público. Em geral o paciente enfrenta melhor estas situações quando acompanhado, mesmo que esta companhia – como uma criança ou animal de estimação – seja incapaz de ajudá-lo. A agorafobia, em maior ou menor grau e por tempo variável, está presente em até dois terços dos casos de transtorno de pânico. Quando grave, pode ser bem limitante e ter prognóstico desfavorável.

Ataques de pânico isolados, ou ataques no curso de outros transtornos psiquiátricos, são mais comuns do que o transtorno do pânico propriamente dito. Ataques de pânico são 2 a 3 vezes mais frequentes em mulheres, ocorrendo normalmente entre a puberdade e os 35 anos de idade. Nos homens costumam ocorrer em idades mais precoces. Sintomas de pânico iniciados na adolescência são preditivos de risco elevado para outros transtornos de ansiedade e de humor na vida adulta. O risco do transtorno de pânico é aumentado em parentes de primeiro grau. A prevalência ao longo da vida para esse transtorno, em serviços de atenção primária, fica entre 4% e 6%. É muito comum a comorbidade com depressão (que pode chegar de 50 a 60% dos indivíduos com TP) e com abuso de substâncias psicoativas, além de outros transtornos de ansiedade^{523, 524, 525}.

Diagnóstico Diferencial

Quando acompanhado de agorafobia, o destaque na classificação vai para o quadro fóbico. A agorafobia aparece na codificação com duas possibilidades: com antecedentes de transtorno de pânico e sem antecedentes de transtorno do pânico. A descrição do CID-10 para agorafobia (F40.0) é a seguinte:

Grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou avião. A presença de um transtorno de pânico é freqüente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia. Entre as características associadas, acham-se freqüentemente sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais. As condutas de evitação comumente são proeminentes na sintomatologia e certos agorafóbicos manifestam pouca ansiedade dado que chegam a evitar as situações geradoras de fobia⁵²⁶.

Muitas condições médicas podem causar sintomas semelhantes a ataques de pânico (hipotensão postural, hipoglicemia, arritmias, isquemia cerebral, doença coronariana, tireotoxicose). A história e o exame físico são

⁵²³ Vide: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão : Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

⁵²⁴ BMJ. Transtornos de pânico. **BMJ Best Practice**, nov 2013. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/121.html>>.

⁵²⁵ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care**. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

⁵²⁶ OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª. versão. São Paulo: EdUSP, 1993.

suficientes para excluir muitas destas condições. Em casos selecionados podem ser solicitados exames focados na exclusão de causas orgânicas específicas (TSH, ECG, glicemia), mas não é recomendável realizar testes de rotina em pessoas com história típica de transtorno de pânico e sem sintomas indicativos de outros distúrbios específicos⁵²⁷.

Se os ataques ou momentos de ansiedade ocorrem apenas em situações específicas temidas, já conhecidas do paciente, deve-se considerar o diagnóstico de transtornos fóbicos.

Se houver medo ou preocupação persistentes de passar vergonha ou ser julgado negativamente por outros, e os ataques de pânico forem ativadas por exposição antecipada ou real a situações sociais e de avaliação, considerar a possibilidade de ser um transtorno de ansiedade social.

Se houver história de exposição a fator estressor com potencial risco de vida, além de embotamento emocional e revivescência do trauma, e os ataques forem ativados por exposição antecipada ou real a situações ou pistas que lembram o trauma, considerar transtorno de estresse pós-traumático.

Se houver preocupação, irritabilidade ou nervosismo persistentes, não limitados ao medo de ter ataques de pânico, considerar ansiedade generalizada.

Se os ataques de pânico ocorrem durante vigência de humor deprimido ou melancólico persistente por mais de duas semanas, considerar diagnóstico de depressão. Neste caso, priorizar o tratamento da depressão, já que os ataques de pânico podem ser secundários a esta condição. Há diversos antidepressivos eficazes para depressão, transtorno do pânico e outros transtornos de ansiedade como os inibidores seletivos de recaptção da serotonina e os tricíclicos.

Se houver uso concomitante de substâncias psicoativas, principalmente se os ataques ocorrerem durante o uso ou abstinência, considerar esta condição como possivelmente associada ao desenvolvimento dos sintomas de pânico.

Para todas estas condições psiquiátricas, checar os protocolos específicos.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos e crianças com 7 anos e mais⁵²⁸. O transtorno de pânico é raro em crianças, com prevalência de menos de 0,4% em menores de 14 anos. Não há boas evidências sobre tratamentos antes de 7 anos, idade definida normalmente na seleção de pacientes para as pesquisas⁵²⁹.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Hipersensibilidade aos fármacos;

⁵²⁷ BMJ. Transtornos de pânico, **BMJ Best Practice**, nov 2013. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/121.html>>.

⁵²⁸ GINSBURG, Golda S. et al. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: Findings from the CAMS. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol 79(6), Dec 2011, 806-813. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/ccp/79/6/806/>> e em <<http://dx.doi.org/10.1037/a0025933>>.

⁵²⁹ CRESWELL, C.; MURRAY, L.; COOPER, P. Interpretation and Expectation in Childhood Anxiety Disorders: Age Effects and Social Specificity. **J Abnorm Child Psychol** (2014) 42:453-465. DOI 10.1007/s10802-013-9795-z. Disponível em:<http://download.springer.com/static/pdf/36/art%253A10.1007%252Fs10802-013-9795-z.pdf?auth66=1413652667_47d48809c1e94e7587c270ecdbe6a0f4&ext=.pdf>.

- b) Abuso atual de álcool ou de fármacos psicoativos;
- c) Ausência de aderência ao tratamento.

6. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

O tratamento deve ser oferecido logo que possível, na atenção primária, e pode ser feito com farmacoterapia, psicoterapia ou combinação de ambos. Por tratar-se de transtorno com tendência a cronicidade e a períodos de remissão e recorrências, o seguimento por um mesmo profissional ou equipe de saúde da família pode ser importante fator de adesão e possibilitar a identificação precoce de situações que mereçam mudança na terapêutica. Além do acompanhamento com clínico geral ou médico de família, o acompanhamento complementar por enfermeiro pode colaborar com reforço da adesão e orientação e monitoramento de medidas adjuvantes não medicamentosas, como uso de técnicas comportamentais para uso durante ataques de pânico.

Casos refratários à terapêutica inicial, ou em dúvida quanto ao diagnóstico, podem se beneficiar de interconsulta ou seguimento complementar com profissional de saúde mental de apoio, por exemplo, psiquiatra de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Suspeitas de transtorno de humor severo associado ou presença de sintomas psicóticos indicam a necessidade de avaliação especializada.

Os CAPS devem ser reservados para casos complexos, principalmente quando houver comorbidade com transtornos psicóticos e com abuso de substâncias. Como existe alta prevalência de sintomas físicos no pânico, é importante que os profissionais das UPA e emergências hospitalares identifiquem casos suspeitos de transtornos de ansiedade – por exemplo, ao fazer o diagnóstico diferencial da dor torácica atípica – possibilitando prevenir o excesso de medicalização. As emergências e pronto-atendimentos podem orientar o paciente para a busca de diagnóstico preciso e cuidado adequado na atenção primária.

Excepcionalmente, pacientes com depressão severa comórbida e ideação suicida podem necessitar de hospitalização enquanto uma terapia efetiva é instituída.

8. TRATAMENTO

8.1 Recomendações gerais

As pessoas que têm transtorno de pânico e suas famílias e cuidadores precisam de informação em linguagem clara e compreensível, sobre a natureza da sua condição e as opções disponíveis de tratamento. Essas informações são essenciais para a tomada de decisão compartilhada entre pessoas com transtorno de pânico e os profissionais de saúde, especialmente ao fazer escolhas entre tratamentos amplamente equivalentes. Alguns serviços promovem grupos de apoio e de colaboração entre as pessoas ansiosas, suas famílias e cuidadores, em CAPS e na atenção primária.

A tomada de decisão compartilhada melhora a concordância e desfechos clínicos, e deverá ter lugar durante o processo de diagnóstico e em todas as fases do atendimento. Deve-se conversar sobre os prováveis perfis de efeitos colaterais dos medicamentos. Preocupações comuns sobre tomar medicação, como o medo de ficar dependente, devem ser abordadas.

Tratamentos psicossociais e farmacológicos em associação podem ter vantagens sobre qualquer uma das modalidades isoladas em casos moderados a graves. Existem alguns tratamentos psicoterápicos específicos que demonstraram ser tão eficazes quanto a farmacoterapia, muitas vezes com resultados mais duradouros. Na agorafobia persistente, as técnicas de exposição progressiva a estímulos, quando possíveis, adquirem grande importância.

Psicoanalépticos (antidepressivos) devem ser a única classe de medicamentos utilizada no longo prazo para o tratamento do transtorno de pânico.

Anti-histamínicos, antipsicóticos e outros tipos de sedativos não devem ser usados no tratamento do pânico.

Benzodiazepínicos são associados com piores desfechos no longo prazo, não devendo ser utilizados rotineiramente^{530, 531} e nunca como monoterapia no tratamento do transtorno de pânico. Uma grande população de brasileiros foi induzida à dependência iatrogênica de clonazepam⁵³², pelo fato de que é um tranquilizante barato, capaz de rápida tolerância, fácil aumento de dosagens por conta do paciente e síndrome de abstinência discreta mas geradora de consumo sequencial. O risco de dependência com esta classe de medicamentos é alto, podendo ocorrer em períodos curtos como 2 a 4 semanas. Podem ainda ocorrer sintomas de retirada quando de sua interrupção, com piora dos sintomas de pânico. Quando utilizados, em casos selecionados, devem ser limitados às duas primeiras semanas de tratamento, durante o período de titulação da dose de antidepressivos.

8.2 Ataques de pânico

No caso de ataques avulsos de pânico, deve se aconselhar e monitorar o paciente para detectar recorrência dos ataques ou o possível desenvolvimento de outros sintomas. Deve-se aconselhar os pacientes de que estes ataques afetam até um terço dos indivíduos durante a vida, sendo que menos que 10% desses indivíduos sofrem de transtorno de pânico completo e que, embora esses ataques sejam desconfortáveis, não são perigosos e são limitados no tempo. Os pacientes podem ainda ser Incentivados a monitorar a intensidade, a frequência e a duração dos ataques, bem como se estes episódios são esperados ou inesperados.

⁵³⁰ FIRMINO, K. F. et al . Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100018&lng=en&nrm=iso>.

⁵³¹ FIRMINO, K. F. et al . Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600019&lng=en&nrm=iso>.

⁵³² A venda do ansiolítico clonazepam disparou nos últimos quatro anos no Brasil, fazendo do remédio o segundo mais comercializado entre as vendas sob prescrição. Entre 2006 e 2010, o número de caixinhas vendidas saltou de 13,57 milhões para 18,45 milhões, um aumento de 36%. O levantamento foi feito pelo IMS Health, instituto que audita a indústria farmacêutica, a pedido da Folha. O consumo do tranquilizante só fica atrás do de um anticoncepcional que vende, em média, 20 milhões de unidades por ano. Vide: COLLUCCI, Cláudia. Venda de calmante tem alta de 36% em quatro anos no Brasil. **Folha de São Paulo**, 17 de janeiro de 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/os-brasileiros-se-entopem-de-rivotril.html>>.

Uma avaliação de acompanhamento ou uma ligação telefônica de checagem deve ser marcada em até 2 semanas, para reavaliar os sintomas do paciente. É opcional aos serviços de saúde, neste período, fornecerem alguma orientação escrita sobre ataques de pânico. A leitura de materiais de autoajuda baseados nos princípios da terapia cognitivo comportamental, acompanhada ou não de contatos telefônicos breves, pode ajudar⁵³³.

Aconselhar ao paciente e familiares os seguintes passos para o caso de ocorrer novos ataques de pânico⁵³⁴:

- a) Permanecer onde está até que o ataque passe.
- b) Entender que o ataque tem um começo, um meio e um final, e que ele passa rapidamente.
- c) Entender que o ataque, apesar de assustar, não mata e não enlouquece.
- d) Concentrar-se em controlar a ansiedade, não nos sintomas físicos.
- e) Praticar respiração lenta, relaxada. A respiração controlada reduzirá os sintomas físicos. Pode-se respirar, devagar e profundamente, dentro de um saco plástico segurado diante do nariz, para aspirar gás carbônico do ar já expirado.
- f) Respirar muito profundamente ou rapidamente (hiperventilação) pode causar alguns dos sintomas físicos do pânico.
- g) Dizer a si mesmo mentalmente que isto é um ataque de pânico e que os pensamentos e sensações assustadores logo passarão.
- h) Observar o tempo passando em seu relógio. Pode parecer um longo tempo, mas serão apenas alguns minutos.
- i) Identificar medos exagerados que ocorrem durante o pânico (p. ex., temor de estar tendo um ataque cardíaco). Discutir formas de desafiar esses medos durante o pânico (p. ex., lembrar a si mesmo “Eu não estou tendo um ataque cardíaco. Isto é um ataque de pânico e passará em alguns minutos”).

Considerar as seguintes medidas no atendimento de um ataque de pânico em serviços de saúde:

- a) Tranquilizar o paciente de que ele não irá morrer e que o ataque logo irá ceder.
- b) Os pacientes, geralmente, hiperventilam durante o ataque, porém, subjetivamente, vivenciam isso como dispneia. Explicar isto ao paciente, enfatizando que ele deve respirar devagar.
- c) Usar uma sala silenciosa e contar com a ajuda de uma pessoa de confiança do paciente.
- d) No ambiente de pronto-socorro (UPA, hospital), pode-se considerar o uso de benzodiazepínicos para interromper um ataque agudo.

8.3 Fármacos

A clomipramina, psicoanaléptico tricíclico, foi por décadas o padrão-ouro dos fármacos usados no transtorno de pânico⁵³⁵, seguida da imipramina⁵³⁶.

⁵³³ BMJ. Transtornos de pânico, **BMJ Best Practice**, nov 2013. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/121.html>>.

⁵³⁴ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão : Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

⁵³⁵ MODIGH, K.; WESTBERG, P.; ERIKSSON, E. Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder: a placebo-controlled trial. **J Clin Psychopharmacol**. 1992 Aug;12(4):251-61. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1527228>>.

O cloridrato de clomipramina deve ser usado por cerca de 24 meses consecutivos, nos transtornos de pânico^{537, 538}. A clomipramina é apresentado em comprimidos de 10 mg e 25 mg. Apresenta boa eficácia quando bem tolerada.

Pelo fato de a clomipramina, apesar de barata, não ser tão disponível nas farmácias e por causar em algumas pessoas efeitos colaterais que dificultam a adesão ao tratamento⁵³⁹, a fluoxetina tem sido, geralmente, o fármaco mais receitado nos transtornos de pânico⁵⁴⁰, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Contudo, o inibidor seletivo de recaptção da serotonina de efeitos terapêuticos comparáveis aos da clomipramina é a paroxetina⁵⁴¹. Poucos municípios incluíram a paroxetina na Relação Municipal de Medicamentos, tanto por resistência à inovação quanto pelo seu custo. Clomipramina e paroxetina se ajustam muito bem a pessoas com pânico que denotam tendências a sintomas fóbicos e obsessivo-compulsivos⁵⁴².

É interessante informar as pessoas que receberem uma prescrição de psicoanalépticos, no início do tratamento, sobre os potenciais efeitos colaterais, incluindo um aumento transitório da ansiedade e de sintomas de pânico. Também é interessante informar sobre o risco de efeitos se houver descontinuação abrupta, se uma dose for perdida ou se houver redução de dose. Também sobre a demora no início do efeito e o curso prolongado de tratamento.

O cloridrato de fluoxetina, na dose de 20 mg/dia, por ter meia vida longa, tem baixo risco de sintomas de abstinência. A maioria dos efeitos adversos limita-se ao período de titulação da dose e deve ser discutida com o paciente antecipadamente. Deve-se fazer um monitoramento para garantir a adesão à terapêutica medicamentosa.

⁵³⁶ SAEED, S. A.; BRUCE, T. J. Panic Disorder: Effective Treatment Options. **Am Fam Physician**. 1998 May 15;57(10):2405-2412. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/1998/0515/p2405.html>>.

⁵³⁷ POLLACK, M.H.; ALLGULANDER, M.D.; BANDELOW, B. et al. WCA Recommendations for the Long-Term Treatment of Panic Disorder. **CNS Spectr**. 2003;8 (suppl 1):17-30. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14767395>>.

⁵³⁸ BANDELOW, B. et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, June 2012, Vol. 16, No. 2, Pages 77-84 (doi:10.3109/13651501.2012.667114). Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/13651501.2012.667114>>.

⁵³⁹ BAKKER, A.; VAN BALKOM, A.J.; SPINHOVEN, P. et al. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. **Acta Psychiatr Scand**. 2002, 106:163-7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12197851>>.

⁵⁴⁰ MICHELSON, C.D. et al. Efficacy of usual antidepressant dosing regimens of fluoxetine in panic disorder. **BJ Psych** 2001; 179, 514-518. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11731354>>.

⁵⁴¹ LECRUBIER, Y.; BAKKER, A.; DUNBAR, G.; JUDGE, R. and The Collaborative Paroxetine Panic Study Investigators. A comparison of paroxetine, clomipramine and placebo in the treatment of panic disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 95: 145-152, 1997. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb00388.x. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1997.tb00388.x/abstract;jsessionid=49BFE14BE79312BFFDDAFDB551B61EBC.f04t02>>.

⁵⁴² BALLENGER, J.C.; DAVIDSON, J.R.T.; LECRUBIER, Y. et al. Consensus statement on panic disorder from the international consensus group on depression and anxiety. **J Clin Psychiatry**. 1998;59 (Suppl 8):47-54. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9707162>>.

Doses altas são excepcionais. Se não houver resposta em 12 semanas de tratamento, deve-se considerar a troca para antidepressivo de outra classe (tricíclicos)⁵⁴³.

Os seguintes esquemas posológicos podem ser utilizados para o pânico, no SUS:

- a) **Clomipramina**: 12,5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia, inicialmente, aumentando gradualmente de acordo com a resposta, a um máximo de 250 mg/dia. Usualmente a dose fica em 75 mg/dia.
- b) **Fluoxetina**: 20 mg ao dia.

Se a **paroxetina**, opcionalmente, constar na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) de algum município, será uma ótima opção, na dose de 20 mg ao dia, podendo-se aumentar, excepcionalmente, a 40 mg por dia, em duas tomadas.

Outra alternativa é a **imipramina**: 10 a 25 mg por via oral uma vez ao dia, inicialmente, aumentando 10 mg/dia a cada 2 ou 4 dias, de acordo com a resposta, até o máximo de 300 mg/dia. A dose usual é, também, de 75 mg/dia. A imipramina foi retirada da última revisão da RENAME, porém é fármaco clássico, de eficácia bem definida no pânico, em depressões e em outros transtornos, podendo ser uma opção eficaz quando disponível em relações de medicamentos municipais.

Os benzodiazepínicos, apesar de terem sido utilizados por décadas como tratamento do pânico, estão associados a piores resultados em longos prazos. Apresentam risco de dependência mesmo em curtos períodos (até 4 semanas) e podem gerar sintomas de abstinência na retirada. Quando utilizados, deve-se preferir o **diazepam** (comprimidos de 5 mg).

O benzodiazepínico, no pânico, deve ser reservado para duas situações específicas:

- a) Ataques de pânico atendidos **em pronto-socorro** (UPA, emergência de hospital, SAMU), em estado agudo, quando não responsivos a medidas comportamentais.
- b) Como **adjuvante no início** do tratamento com antidepressivos, na vigência de sintomas incapacitantes que exigem controle rápido, com uso limitado ao período de titulação da dose do antidepressivo (2 a 4 semanas). Nesta situação, pode-se usar o diazepam na dose inicial de 2,5 mg por via oral, 2 vezes por dia, aumentando gradualmente, de acordo com a resposta. A dose máxima aplicável é de 40 mg/dia. Normalmente há resposta a 10 ou 15 mg/dia, divididos em 2 ou 3 tomadas.

8.3. Tempo de tratamento e critérios de interrupção

A farmacoterapia para transtorno de pânico deve continuar durante 2 anos após o ponto de resposta ao tratamento para garantir a redução dos

⁵⁴³ NHS. NICE. **Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care**. NICE guidelines [CG113].

Manchester: janeiro 2011. Disponível em:

<<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

BMJ BEST PRACTICE. Transtornos de pânico [recurso eletrônico]. Nov 2013. Disponível em:

<<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/121.html>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2008**:

RENAME 2006. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

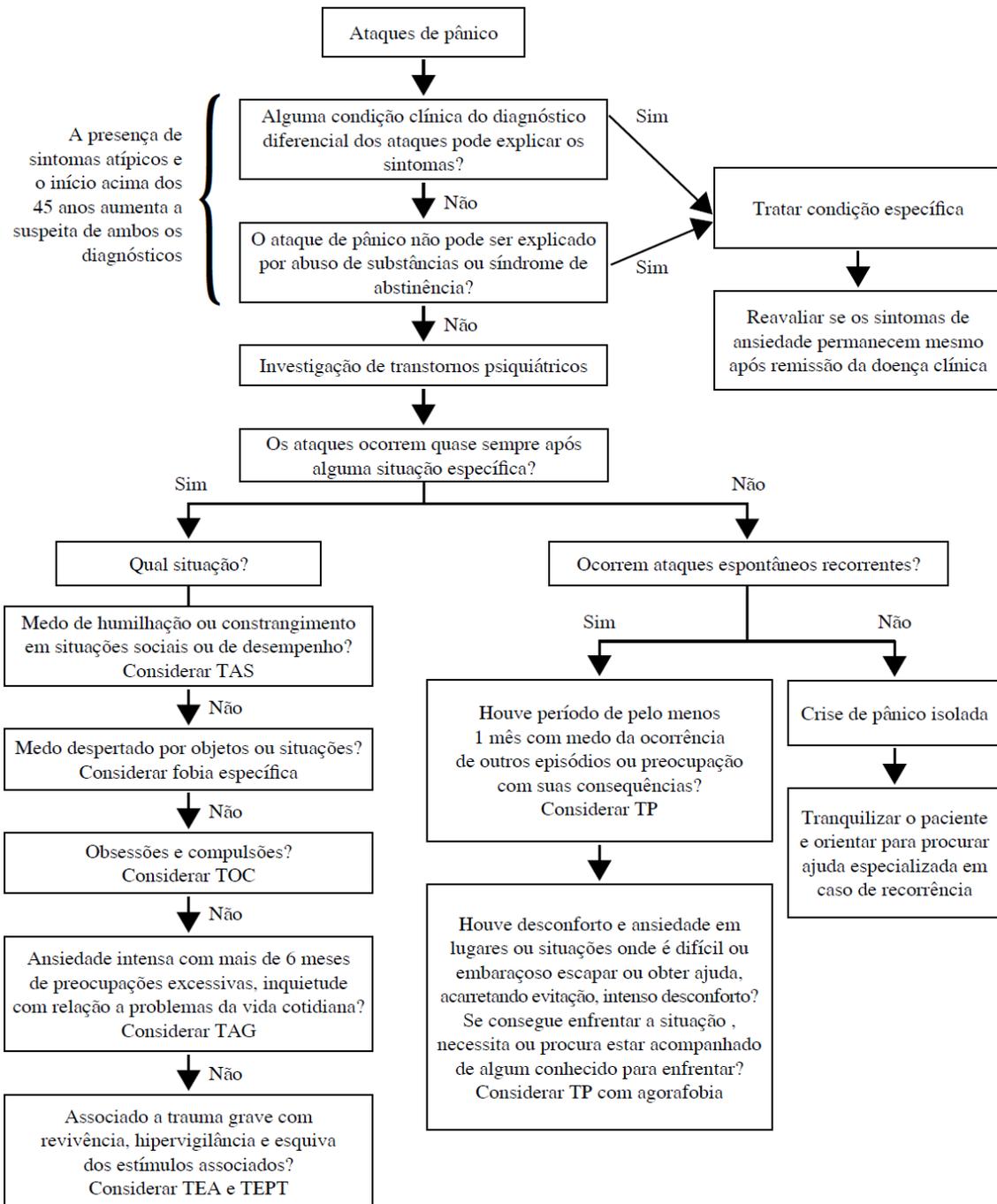
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf>.

sintomas e proteger contra a recidiva. As vantagens e desvantagens da resposta ao medicamento atual devem ser revisadas. Deve-se recomendar um esquema de redução lenta e gradual, com monitoramento frequente da resposta.

8.4. Benefícios esperados

O objetivo principal do tratamento do transtorno de pânico é reduzir a intensidade, a frequência e a duração dos episódios de pânico, bem como reduzir o comportamento de evitação, limitar a dependência excessiva de segurança e melhorar a capacidade funcional.

9. ALGORITMO PARA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

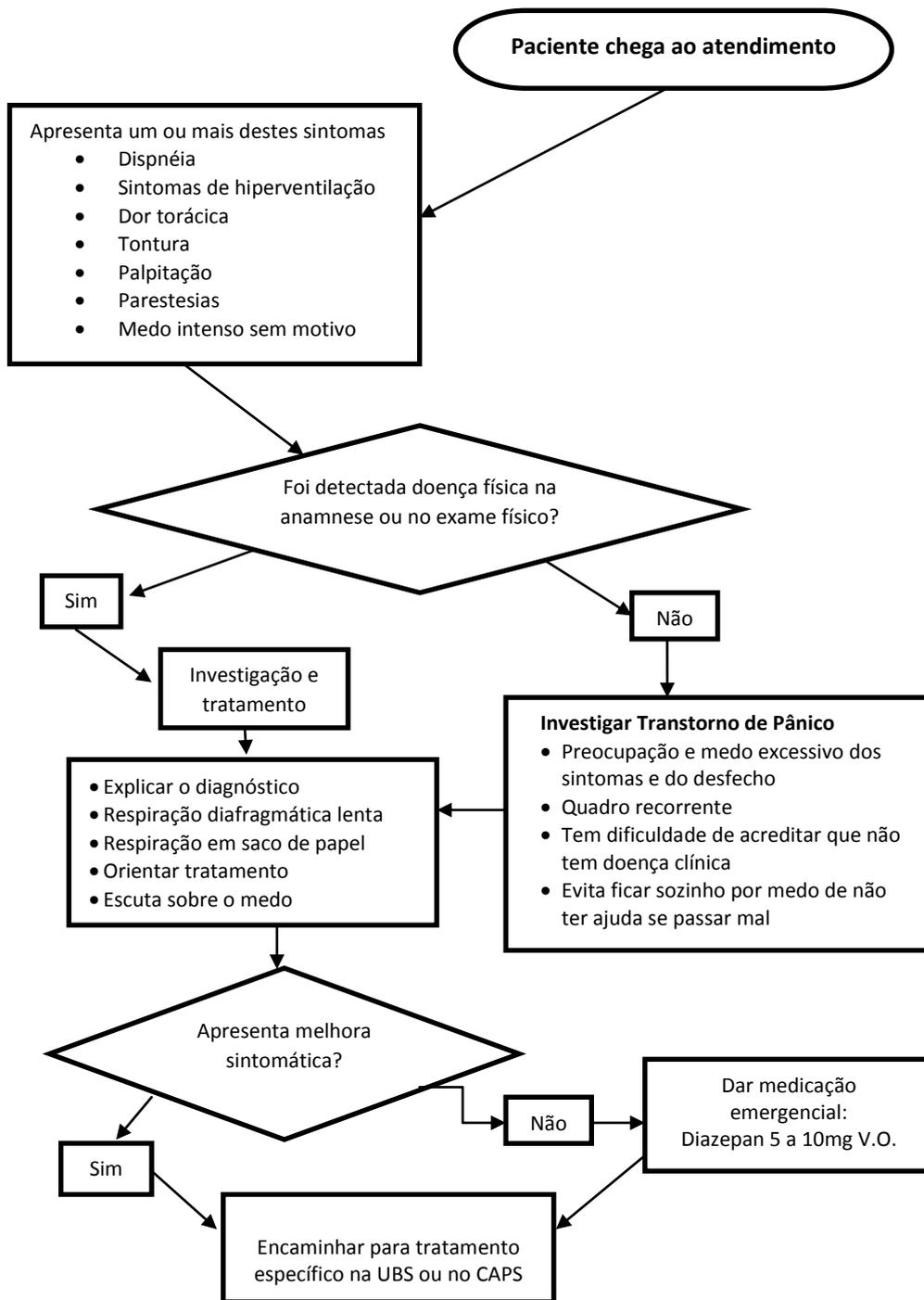


TAS = transtorno de ansiedade social; TOC = transtorno obsessivo compulsivo; TAG = transtorno de ansiedade generalizada; TEA = transtorno de estresse agudo; TEPT = transtorno de estresse pós-traumático; TP = transtorno do pânico.

Fonte: SALUM, BLAYA, MANFRO, 2009⁵⁴⁴.

⁵⁴⁴ SALUM, Giovanni; BLAYA, Carolina Blaya; MANFRO, Gisele Gus. Transtorno do pânico. **Rev Psiquiatr RS**. 2009;31(2). Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n2/v31n2a02>>.

10 ALGORITMO EMERGENCIAL PARA CRISE DE PÂNICO





Blanche entrando em posição de opistótono, apoiada por Babinski, durante aula prática de Charcot. Pintura de André Brouillet, 1887.

Transtornos dissociativos, conversivos e somatoformes

Protocolo de acolhimento

Alan Indio Serrano
Sônia A. Leitão Saraiva
Guilherme Mello Vieira
Jair Abdon Ferracioli
Jorge Ernesto S. Zepeda
Daiane S. Rotava
Anna Paula G. Macarina

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Trata-se das manifestações neuróticas, de tipo histérico ou pitiático⁵⁴⁵, e dos quadros somatoformes ou psicossomáticos.

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

Todos estes quadros são de origem psicogênica. Em sua etiologia há fatores de ordem psicanalítica, vinculados a experiências dos primeiros cinco anos de idade. A escuta do sujeito histérico, pelos profissionais do SUS, é algo fundamental para a formulação de ofertas e de soluções na assistência pública⁵⁴⁶.

⁵⁴⁵ A palavra pitiatismo refere-se às manifestações patológicas, de origem funcional, que podem ser engendradas ou suprimidas por meio de sugestão ou persuasão.

⁵⁴⁶ BURSZTYN, D. C. O tratamento da histeria: um desafio para a rede de saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000400006&lng=en&nrm=iso>.

São características destes transtornos as perturbações nas funções habitualmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente. O neurótico conversivo, como os histéricos de um modo geral, é extremamente sugestível, demonstrando com isso seu clássico infantilismo e falta de maturidade da personalidade. Tem afetos e relações objetivas pueris, valorizando as fantasias na tentativa de negar as realidades frustrantes ou penosas.

Ao longo dos séculos XIX e XX as manifestações agudas conversivas e dissociativas eram vistas com frequência em serviços médicos. Atualmente elas são vistas com mais facilidade em cultos e reuniões públicas promovidos por igrejas, especialmente as pentecostais, à procura de milagres, de reconhecimento social e de alívio. Nos ambientes religiosos vinculados a tradições afro-brasileiras e a movimentos espíritas sempre houve uma receptividade e fornecimento de explicações capazes de minorar o sofrimento, compartilhando sua discussão, incluindo os sintomas no meio cultural e evitando discriminações.

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

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F44 Transtornos dissociativos [e de conversão]

Os transtornos dissociativos e os de conversão se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, e do controle dos movimentos corporais. Os diferentes tipos de transtornos dissociativos tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando sua ocorrência se associou a um acontecimento traumático. A evolução pode igualmente se fazer para transtornos mais crônicos, em particular paralisias e anestésias, quando a ocorrência do transtorno está ligada a problemas ou dificuldades interpessoais insolúveis. No passado, estes transtornos eram classificados entre diversos tipos de "histeria de conversão". Admite-se que sejam psicogênicos, dado que ocorrem em relação temporal estreita com eventos traumáticos, problemas insolúveis e insuportáveis, ou relações interpessoais difíceis. Os sintomas traduzem freqüentemente a ideia que o sujeito se faz de uma doença física. O exame médico e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico (em particular neurológico) conhecido. Por outro lado, dispõe-se de argumentos para pensar que a perda de uma função é, neste transtorno, a expressão de um conflito ou de uma necessidade psíquica. Os sintomas podem ocorrer em relação temporal estreita com um "stress" psicológico e ocorrer freqüentemente de modo brusco. O transtorno concerne unicamente quer a uma perturbação das funções físicas que estão normalmente sob o controle da vontade, quer a uma perda das sensações. Os transtornos que implicam manifestações dolorosas ou outras sensações físicas complexas que fazem intervir o sistema nervoso autônomo, são classificados entre os transtornos somatoformes (F45.0). Há sempre a possibilidade de ocorrência numa data ulterior de um transtorno físico ou psiquiátrico grave.

Inclui: histeria, histeria de conversão, reação histérica, psicose histérica.

Exclui: simulador [simulação consciente] (Z76.5)

F44.0 Amnésia dissociativa

A característica essencial é a de uma perda da memória, que diz respeito geralmente a acontecimentos importantes recentes, não devida a transtorno mental orgânico, e muito importante para ser considerado como expressão de esquecimento ou de fadiga. A amnésia diz respeito habitualmente aos eventos traumáticos, tais como acidentes ou lutos imprevistos, e é mais freqüente que seja parcial e seletiva. Uma amnésia completa e generalizada é rara, e diz respeito habitualmente a uma fuga (F44.1); neste caso, deve-se fazer um diagnóstico de fuga. Não se deve fazer este

diagnóstico na presença de um transtorno cerebral orgânico, de uma intoxicação, ou de uma fadiga extrema.

Exclui: amnésia (R41.3, R41.2 e R41.1), amnésia pós-convulsiva dos epiléticos (G40.-), síndrome amnésica orgânica não-alcoólica (F04), transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por outra substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum).

F44.1 Fuga dissociativa

Uma fuga apresenta todas as características de uma amnésia dissociativa: comporta além disto, um deslocamento motivado maior que o raio de deslocamento habitual cotidiano. Embora exista uma amnésia para o período de fuga, o comportamento do sujeito no curso desta última pode parecer perfeitamente normal para observadores desinformados.

Exclui: fuga pós-convulsiva na epilepsia (G40.-).

F44.2 Estupor dissociativo

O diagnóstico de estupor dissociativo repousa sobre a presença de uma diminuição importante ou de uma ausência dos movimentos voluntários e da reatividade normal a estímulos externos, tais como luz, ruído, tato, sem que os exames clínicos e os exames complementares mostrem evidências de uma causa física. Além disto, dispõe-se de argumentos em favor de uma origem psicogênica do transtorno, na medida que é possível evidenciar eventos ou problemas estressantes recentes.

Exclui: estado catatônico orgânico (F06.1), estupor catatônico, depressivo ou maníaco (R40.1, F20.2, F31-F33, F30.2).

F44.3 Estados de transe e de possessão

Transtornos caracterizados por uma perda transitória da consciência de sua própria identidade, associada a uma conservação perfeita da consciência do meio ambiente. Devem aqui ser incluídos somente os estados de transe involuntários e não desejados, excluídos aqueles de situações admitidas no contexto cultural ou religioso do sujeito.

Exclui: esquizofrenia (F20.-)
intoxicação por uma substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum .0)
síndrome pós-traumática (F07.2)
transtorno(s):
· orgânico da personalidade (F07.0)
· psicóticos agudos e transitórios (F23.-).

F44.4 Transtornos dissociativos do movimento

As variedades mais comuns destes transtornos são a perda da capacidade de mover uma parte ou a totalidade do membro ou dos membros. Pode haver semelhança estreita com quaisquer variedades de ataxia, apraxia, acinesia, afonia, disartria, discinesia, convulsões ou paralisia.

Afonia psicogênica
Disfonia psicogênica
Torcicolo histérico

F44.5 Convulsões dissociativas

Os movimentos observados no curso das convulsões dissociativas podem se assemelhar de perto àquelas observadas no curso das crises epiléticas; mas a mordedura de língua, os ferimentos por queda e a incontinência de urina são raros contudo; além disto, a consciência está preservada ou substituída por um estado de estupor ou transe.

F44.6 Anestesia e perda sensorial dissociativas

Os limites das áreas cutâneas anestesiadas correspondem freqüentemente às concepções pessoais do paciente, mais do que a descrições científicas. Pode haver igualmente uma perda de um tipo de sensibilidade dado, com conservação de outras sensibilidades, não correspondendo a nenhuma lesão neurológica conhecida. A perda de sensibilidade pode se acompanhar de parestesias. As perdas da visão e da audição raramente são totais nos transtornos dissociativos.

Surdez psicogênica

F44.7 Transtorno dissociativo misto [de conversão]

Combinação de transtornos descritos em F44.0-F44.6.

F44.8 Outros transtornos dissociativos [de conversão]

Confusão psicogênica
Estado crepuscular psicogênico
Personalidade múltipla
Síndrome de Ganser

F44.9 Transtorno dissociativo [de conversão] não especificado

F45 Transtornos somatoformes

A característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar que os médicos nada encontram de anormal e afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito.

Exclui:

arrancar-se os cabelos (F98.4)
disfunção sexual não devida a doença ou a transtorno orgânico (F52.-)
dislalia (F80.8)
fatores psicológicos ou comportamentais associados a doenças ou transtornos classificados em outra parte (F54)
lalação (F80.0)
roer unhas (F98.8)
síndrome de Gilles de la Tourette (F95.2)
sucção do polegar (F98.8)
tiques (na infância e na adolescência) (F95.-)
transtornos dissociativos (F44.-)
tricotilomania (F63.3).

F45.0 Transtorno de somatização

Transtorno caracterizado essencialmente pela presença de sintomas físicos, múltiplos, recorrentes e variáveis no tempo, persistindo ao menos por dois anos. A maioria dos pacientes teve uma longa e complicada história de contato tanto com a assistência médica primária quanto especializada durante as quais muitas investigações negativas ou cirurgias exploratórias sem resultado podem ter sido realizadas. Os sintomas podem estar referidos a qualquer parte ou sistema do corpo. O curso da doença é crônico e flutuante, e freqüentemente se associa a uma alteração do comportamento social, interpessoal e familiar. Quando o transtorno tem uma duração mais breve (menos de dois anos) ou quando ele se caracteriza por sintomas menos evidentes, deve-se fazer o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado (F45.1).

Transtorno de Briquet
Transtorno psicossomático múltiplo

Exclui: simulador [simulação consciente] (Z76.5).

F45.1 Transtorno somatoforme indiferenciado

Quando as queixas somatoformes são múltiplas, variáveis no tempo e persistentes, mas que não correspondem ao quadro clínico completo e típico de um transtorno de somatização, o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado deve ser considerado.

Transtorno psicossomático indiferenciado.

F45.2 Transtorno hipocondríaco

A característica essencial deste transtorno é uma preocupação persistente com a presença eventual de um ou de vários transtornos somáticos graves e progressivos. Os pacientes manifestam queixas somáticas persistentes ou uma preocupação duradoura com a sua aparência física. Sensações e sinais físicos normais ou triviais são freqüentemente interpretados pelo sujeito como anormais ou perturbadores. A atenção do sujeito se concentra em geral em um ou dois órgãos ou sistemas. Existem freqüentemente depressão e ansiedade importantes, e que podem justificar um diagnóstico suplementar.

Dismorfofobia (corporal) (não-delirante)
Hipocondria

Neurose hipocondríaca

Nosofobia

Exclui: dismorfofobia delirante (F22.8), idéias delirantes persistentes sobre o funcionamento ou a forma do corpo (F22.-).

F45.3 Transtorno neurovegetativo somatoforme

O paciente atribui seus sintomas a um transtorno somático de um sistema ou de órgão inervado e controlado, em grande parte ou inteiramente, pelo sistema neurovegetativo: sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e urogenital. Os sintomas são habitualmente de dois tipos, sendo que nenhum dos dois indica transtorno somático do órgão ou do sistema referido. O primeiro tipo consiste de queixas a respeito de um hiperfuncionamento neurovegetativo, por exemplo palpitações, transpiração, ondas de calor ou de frio, tremores, assim como por expressão de medo e perturbação com a possibilidade de uma doença física. O segundo tipo consiste de queixas subjetivas inespecíficas e variáveis, por exemplo dores e sofrimentos, e sensações de queimação, peso, aperto e inchaço ou distensão, atribuídos pelo paciente a um órgão ou sistema específico.

Astenia neurocirculatória

Formas psicogênicas (de um) (de uma): aerofagia, cólon irritável, diarreia, dispepsia, disúria, flatulência, hiperventilação, piloroespasmo, polaciúria, soluço, tosse

Neurose: cardíaca, gástrica; Síndrome de da Costa

Exclui:

fatores psicológicos e comportamentais associados a transtornos físicos classificados em outra parte (F54).

F45.4 Transtorno doloroso somatoforme persistente

A queixa predominante é uma dor persistente, intensa e angustiante, dor esta não explicável inteiramente por um processo fisiológico ou um transtorno físico, e ocorrendo num contexto de conflitos emocionais e de problemas psicossociais suficientemente importantes para permitir a conclusão de que os mesmos sejam a causa essencial do transtorno. O resultado é em geral uma maior atenção em suporte e assistência quer pessoal, quer médica. Uma dor considerada como psicogênica mas ocorrendo no curso de um transtorno depressivo ou de uma esquizofrenia não deve ser aqui classificada.

Cefaléia psicogênica

Dor(es): psicogênicas da coluna vertebral, somatoforme. Psicalgia.

F45.8 Outros transtornos somatoformes

Todos os outros transtornos das sensações, das funções e do comportamento, não devidos a um transtorno físico que não estão sob a influência do sistema neurovegetativo, que se relacionam a sistemas ou a partes do corpo específicos, e que ocorrem em relação temporal estreita com eventos ou problemas estressantes. Disfagia psicogênica, incluindo "bolo histórico", dismenorréia psicogênica, prurido psicogênica, ranger de dentes, torcicolo psicogênico.

F45.9 Transtorno somatoforme não especificado

Transtorno psicossomático SOE.

F48 Outros transtornos neuróticos.

F48.0 Neurastenia

Existem variações culturais consideráveis para a apresentação deste transtorno, sendo que dois tipos principais ocorrem, com considerável superposição. No primeiro tipo, a característica essencial é a de uma queixa relacionada com a existência de uma maior fatigabilidade que ocorre após esforços mentais freqüentemente associada a uma certa diminuição do desempenho profissional e da capacidade de fazer face às tarefas cotidianas. A fatigabilidade mental é descrita tipicamente como uma intrusão desagradável de associações ou de lembranças que distraem, dificuldade de concentração e pensamento geralmente ineficiente. No segundo tipo, a ênfase se dá mais em sensações de fraqueza corporal ou física e um sentimento de esgotamento após esforços mínimos, acompanhados de um sentimento de dores musculares e incapacidade para relaxar. Em ambos os tipos há habitualmente vários outras sensações físicas desagradáveis, tais como vertigens, cefaléias tensionais e uma impressão de instabilidade global. São comuns, além disto, inquietudes com relação a uma degradação da saúde mental e física, irritabilidade, anedonia,

depressão e ansiedade menores e variáveis. O sono freqüentemente está perturbado nas suas fases inicial e média mas a hipersonia pode também ser proeminente.

Síndrome de fadiga

Usar código adicional, se necessário, para identificar a doença física antecedente.

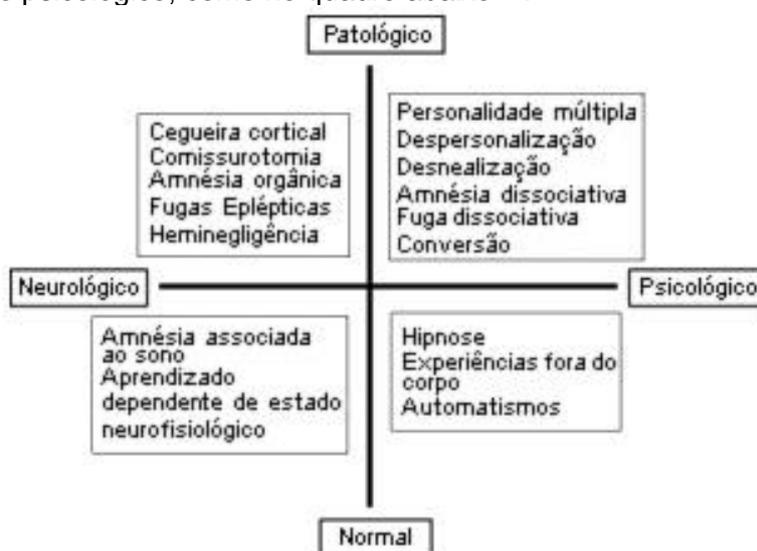
Exclui: astenia SOE (R53), estafa (Z73.0), mal estar e fadiga (R53), psicastenia (F48.8), síndrome da fadiga pós-viral (G93.3).

F48.1 Síndrome de despersonalização-desrealização

Trata-se de um transtorno raro no qual o paciente se queixa espontaneamente de uma alteração qualitativa de sua atividade mental, de seu corpo e de seu ambiente, estes últimos percebidos como irrealis, longínquos ou “robotizados”. Dentre os vários fenômenos que caracterizam esta síndrome, os pacientes queixam-se mais freqüentemente de perda das emoções e de uma sensação de estranheza ou desligamento com relação aos seus pensamentos, seu corpo ou com o mundo real. A despeito da natureza dramática deste tipo de experiência, o sujeito se dá conta da ausência de alterações reais. As faculdades sensoriais são normais e as capacidades de expressão emocional intactas. Sintomas de despersonalização-desrealização podem ocorrer no contexto de um transtorno esquizofrênico, depressivo, fóbico ou obsessivo-compulsivo identificável. Neste caso, reter-se-á como diagnóstico aquele do transtorno principal.

3. DIAGNÓSTICO

Um diagnóstico diferencial deve ser feito, descartando possíveis problemas neurológicos ou endocrinológicos que possam ser confundidos com sintomas neuróticos. Como regra, porém, o diagnóstico é afirmativo, sobressaindo-se os aspectos psicógenos ou o formato neurótico da apresentação. Os sintomas devem ser avaliados num espectro que varia do normal ao patológico e do neurológico ao psicológico, como no quadro abaixo⁵⁴⁷:

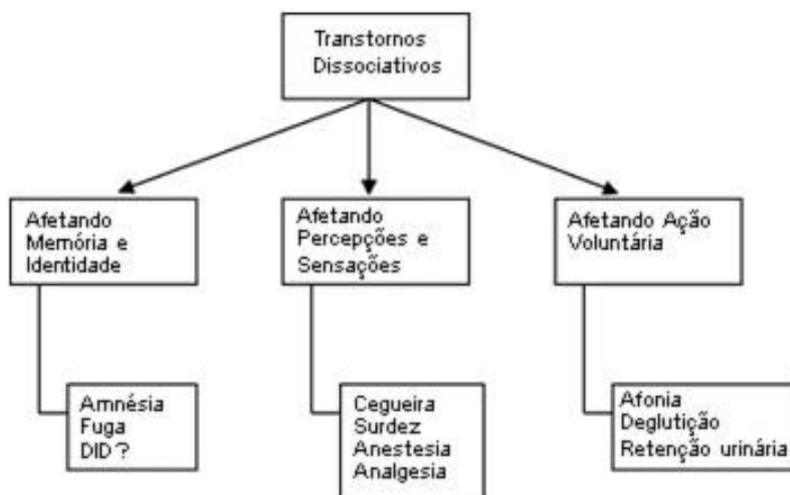


A avaliação do meio cultural e das tradições religiosas em que o paciente está inserido é importante. O profissional de saúde não deve contrariar

⁵⁴⁷ CARDEÑA E. The Domain of Dissociation. In: Lynn SJ, Rhue JW, editors. Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives. New York: The Guilford Press; 1994, p.15-31. Apud: NEGRO JUNIOR, Paulo Jacomo; PALLADINO-NEGRO, Paula; LOUZA, Mario Rodrigues. Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 4, Dec. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000400014&lng=en&nrm=iso>.

frontalmente ou se envolver em questões religiosas que visam explicar os sintomas. O respeito a todos os tipos de religião deve ser preservado.

Uma vez feito o diagnóstico diferencial com transtornos não psicogênicos, avalia-se o tipo de transtorno dissociativo manifestado. Os dissociativos geralmente apresentam mais dificuldades no diagnóstico diferencial imediato:



Fonte: NEGRO JUNIOR et al., 1999.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Rotineiramente estes transtornos são atendidos em unidades básicas de saúde (UBS) e, quando mais graves, em centros de atenção psicossocial (CAPS).

Em momentos de descompensação e crise aguda, são vistos em unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS) e até, mais raramente, em serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU).

Estes casos, como regra, não devem ser encaminhados a internação e nem à avaliação na triagem de hospital psiquiátrico. Seu tratamento é ambulatorial.

5. TRATAMENTO

Num primeiro momento, sem haver intensa relação terapêutica formatada por uma transferência bem montada, a confrontação do paciente com seus sintomas, apelando para a razão, não é resolutive. Pode até gerar uma revolta em pacientes mais suscetíveis e afetados, com acentuação da sintomatologia. Os pacientes de personalidade histriônica, sempre que sentirem uma postura de mestre autoritário no profissional, trabalharão inconscientemente para mostrar que os profissionais da saúde não podem dar conta de seus sintomas.

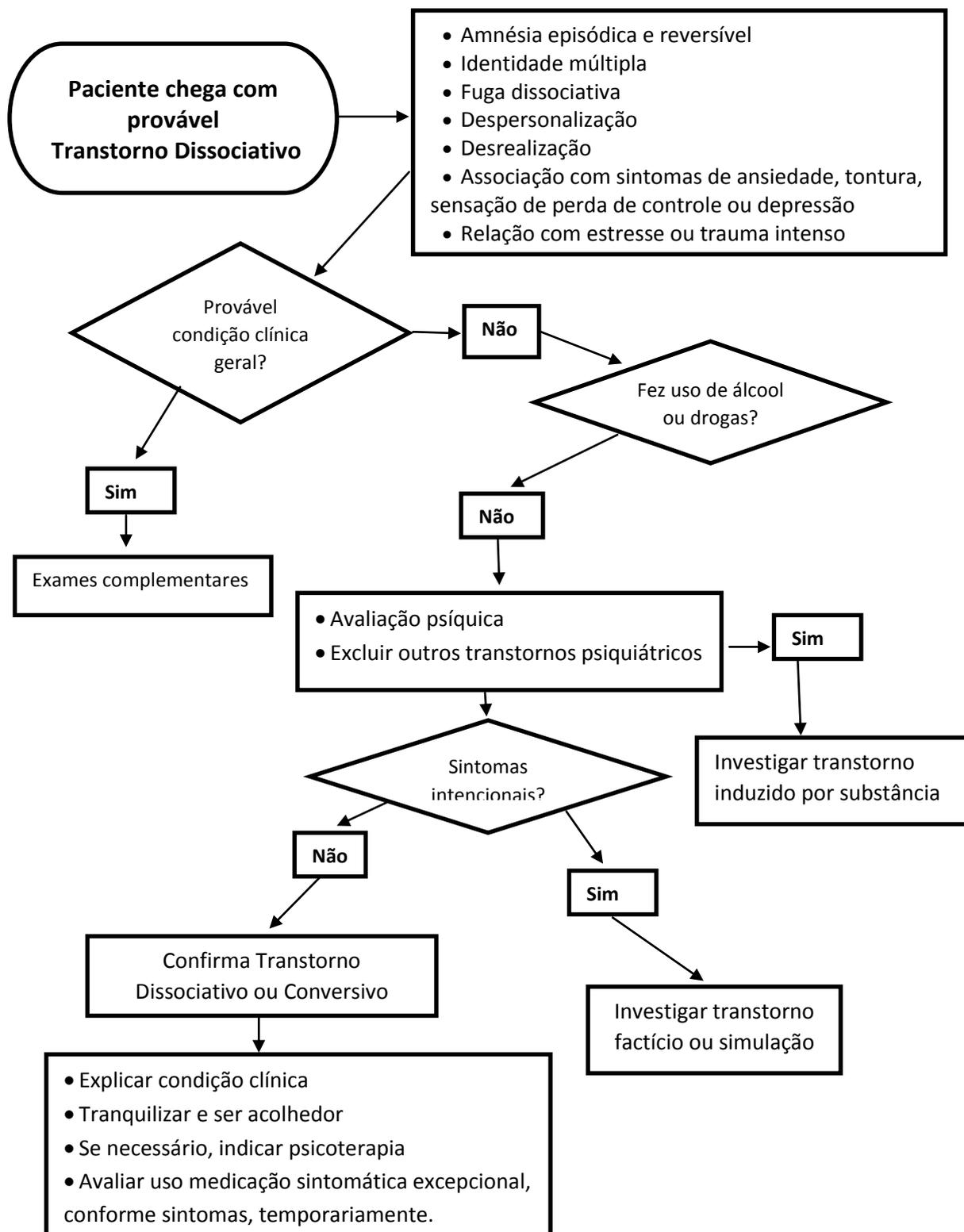
Um passo importante, durante as crises, é esclarecer o caráter emocional do quadro, em linguagem suave e em posição de ajuda. As abordagens terapêuticas implicam postura psicoterápica, de apoio, mesmo na rede básica. Casos mais complexos, sintomáticos ou incômodos precisarão de psicoterapia sob inspiração psicodinâmica, em CAPS, ou em outro serviço, por psicólogo ou por psiquiatra com habilidade em psicoterapia.

6. RECOMENDAÇÕES

- 1) Leve-se em conta que a situação clínica pode ser agravada por proporcionar ao paciente o ganho secundário que ele ou ela está procurando. Assim, o fornecimento de uma medicação pedida, cuja prescrição seja irracional, deve ser negado, com explicação plausível e amistosa, dando-se em troca a atenção e a escuta. Deve-se tomar cuidados, também no fornecimento de atestados por médico, por psicólogo, por fisioterapeuta, ou outros profissionais, avaliando o possível uso inadequado do documento.
- 2) Evite intervenções diagnósticas e terapêuticas invasivas.
- 3) A apresentação do diagnóstico ao paciente, se ele solicitar insistentemente, deve ser feita com muito tato, cuidando para não usar palavras que possam ser mal interpretadas ou possam ser sentidas como ofensivas.
- 4) Evite dar ao paciente a impressão de que o profissional crê não haver nada de errado com ele. É comum que tais pacientes se queixem de que os profissionais não sabem diagnosticar seu problema e pensam que ele “não tem nada”.
- 5) Diminuir o tamanho do problema, dando a impressão, ao paciente, que o problema é sem importância, fará com que ele retorne ao serviço, ou busque outro serviço, com as mesmas queixas.
- 6) É adequado não discutir o diagnóstico com paciente no primeiro encontro. Com alguns pacientes jamais se precisa tocar no diagnóstico. O diagnóstico tende a se tornar um rótulo inútil e até deletério se for muito comentado.
- 7) Tranquilizar o paciente de que os sintomas são reais, apesar da falta de um diagnóstico definitivo orgânico. Mostrar a ele que seria inútil fazer exames que não possam acrescentar nada à pesquisa do problema.
- 8) Evite ser seduzido pelo paciente para solicitar exames desnecessários, de forma irracional. Muitos pacientes desejam ser encaminhados, desnecessariamente, a tomografias, ressonâncias, PET Scans, exames laboratoriais.
- 9) Cuidados também precisam ser tomados quando há uma demanda muito grande de exames físicos e toques do corpo, especialmente se o paciente está sozinho com o profissional, no consultório. Fantasias de sedução sexual são frequentes nestes tipos de quadros.
- 10) Diante da resistência do paciente em aceitar que haja fatores emocionais ligados ao seu problema, fornecer exemplos comuns de emoções que produzem sintomas (por exemplo, estômago enjoado quando se fala na frente de uma platéia, coração acelerado se está enfrentando uma novidade, etc.).
- 11) Fornecer exemplos de como o comportamento influencia comportamentos inconscientes (por exemplo, roer unhas se dar conta do que está fazendo).
- 12) Fornecer garantia de que nenhuma evidência de um transtorno neurológico subjacente está presente com base no exame realizado e que o prognóstico para a recuperação é bom.
- 13) Fornecer reforço positivo sempre que os sintomas melhorem espontaneamente.
- 14) Se necessário, informar aos pacientes de que o profissional sabe que os sintomas não são voluntários e nem fingidos.
- 15) Podem ser fornecidas regularmente consultas breves, de acompanhamento, evitando que o paciente venha em crise, após ter desaparecido do serviço de saúde por meses.
- 16) Uma abordagem multidisciplinar para o tratamento do transtorno de conversão é benéfica.

- 17) O problema não é neurológico. Logo, a consulta com neurologista só é necessária na fase de estabelecimento do diagnóstico, se houverem dúvidas a respeito da diferenciação com possíveis doenças neurológicas a serem descartadas.
- 18) A consulta com cardiologista somente deve ser incentivada se o paciente tem alterações episódicas de consciência devido à preocupação com a síncope cardiogênica, podendo-se necessitar de descarte de hipóteses cardiológicas.
- 19) A consulta com fisioterapeuta pode ser indicada para aqueles com grande distúrbio motor ou da marcha, por tempo longo. O contato do clínico geral, do psicólogo ou do psiquiatra com o fisioterapeuta, esclarecendo sua opinião, é importante.
- 20) O psiquiatra é geralmente indicado quando os sintomas persistem. Pode ajudar na identificação de estressores psicológicos simbolicamente ligados aos sintomas e outros fatores de risco para transtorno de conversão. Medicamentos poderão ser utilizadas de forma temporária, num contexto planejado.
- 21) Deve-se ter cuidado com as solicitações de medicamentos, especialmente de benzodiazepínicos, pois muitos pacientes com sintomas neuróticos se tornam graves dependentes de tranquilizantes e aumentam as doses por conta própria. Muitos deles têm vários médicos ao mesmo tempo, em ambulatórios diferentes, garantindo receitas para poderem tomar doses muito além das receitadas.
- 22) O encaminhamento a psicoterapia é favorável, especialmente nos casos mais graves, sempre que haja disponibilidade de psicólogo ou de psiquiatra na rede local. O ideal seria haver possibilidade de acompanhamento regular com psicólogo.

7. ALGORITMO PARA CRISES DISSOCIATIVAS





“O grito”, litografia de Edvard Munch, 1893.

Transtorno de estresse pós-traumático

Protocolo clínico

Sônia A. Leitão Saraiva
Alan Indio Serrano
Guilherme Mello Vieira
Jair Abdon Ferracioli
Jorge Ernesto S. Zepeda
Daiane S. Rotava

e Grupo Consultores do QualisUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade que se desenvolve após evento ou situação de natureza excepcionalmente catastrófica ou ameaçadora (o evento traumatizante).

Porém, deve-se ter cuidado ao usar a palavra “trauma” em sua acepção de senso comum, já que o transtorno de estresse pós-traumático não se desenvolve usualmente após situações tidas como supostamente “traumáticas” na linguagem popular, como divórcios, perda de emprego, brigas com colegas de trabalho ou falha em provas escolares. Normalmente, o trauma é uma situação excepcional e capaz de impactar emocionalmente a grande maioria das pessoas que o viverem.

O estudo “São Paulo Megacity Mental Health Survey”⁵⁴⁸, numa amostra de 5.037 adultos, usando a ferramenta CIDI, da OMS, mostrou a prevalência, em 12 meses, de 1,6% para transtorno de estresse pós-traumático, sendo metade deles em intensidade severa. Em estudo de prevalência de transtornos mentais comuns realizado em unidades de saúde da família de Petrópolis, denotou-se que o transtorno de estresse pós-traumático tem grande prevalência em unidades de saúde pública⁵⁴⁹.

⁵⁴⁸ ANDRADE, L. H. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE* 2012;7(2): e31879. Doi:10.1371/journal.pone.0031879.

⁵⁴⁹ FORTES, S.; VILLANO, L.A.B.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):32-7.

O transtorno de estresse pós-traumático pode ocorrer em qualquer idade e os sintomas podem se iniciar entre semanas e meses após o evento desencadeante, geralmente nos primeiros três meses, mas durando além deste período. Em grande parte dos casos se torna crônico, principalmente quando não há acesso a tratamentos de qualidade. O mais importante para o adequado tratamento é a detecção, com uso de questionamento direto e suspeição, já que grande parte das pessoas evita buscar ajuda devido aos sintomas gerais de isolamento e depressão. Em algumas situações, como desastres naturais, pode estar indicado o uso de escalas validadas para rastreamento e diagnóstico.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F43.1 Estado de “stress” pós-traumático

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo compulsiva, astênica) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas ("flashbacks"), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de "anestesia psíquica" e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e de evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associadas freqüentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade (F.62.0 - Modificação duradoura da personalidade após uma experiência catastrófica).

3. RECOMENDAÇÕES

Sugere-se aos profissionais de saúde que

- a) Dêem condições para que os pacientes desabafem e relatem sua história de eventos traumáticos, sempre que hajam sintomas de ordem psíquica.
- b) Familiarizem-se com os sinais e sintomas do transtorno de estresse pós-traumático.
- c) Perguntem sobre a presença de sintomas depressivos coexistentes.
- d) Após um trauma maior, de muito grande impacto, discutam o potencial de prevenção do aparecimento de sintomas pós-traumáticos, através de seguimento combinado com especialista.

- e) Desde que não existam contra-indicações, considerem o tratamento preventivo com propranolol ou fluoxetina, e atenção psicoterápica focada no trauma, ao menos por alguns dias.
- f) Não apliquem sessões com característica de "interrogatório".
- g) Expliquem ao paciente que podem ser necessários períodos de tratamento de até 12 semanas para reavaliar a eficácia do procedimento utilizado.
- h) Expliquem que o tratamento com remédios geralmente dura pelo menos um ano.
- i) Monitorem a eficácia e a aceitabilidade do tratamento ao longo do período.

4. DIAGNÓSTICO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) faz parte de um espectro de reações ao stress que vai das reações agudas ao stress, com sintomas semelhantes aos do TEPT mas duração de poucos dias (menos de um mês), até mudanças duradouras na personalidade relacionadas ao trauma. O transtorno de estresse pós-traumático propriamente dito pode ser caracterizado quando o grupo de sintomas de revivescência, evitação, hipervigilância e embotamento estão presentes por mais de um mês após o trauma. Pode ser subdividido em agudo, quando os sintomas duram de 1 a 3 meses após o trauma, e crônico, quando duram mais de 3 meses. Em alguns casos pode ter início protraído (após mais de seis meses do trauma). Pode apresentar-se de maneira isolada ou, o que é mais comum, acompanhado de outros sintomas e transtornos psiquiátricos⁵⁵⁰.

O diagnóstico deve ser pesquisado nas pessoas com sintomas de ansiedade, depressão ou pensamento suicida, e naquelas com relato de exposição direta ou indireta a evento catastrófico ou violência. Normalmente a pessoa experimentou ou foi exposta a ameaça (real ou percebida) de morte, sério dano à integridade ou violação sexual de forma agressiva. A exposição pode ter sido por experiência direta, por testemunho, por ter sabido de evento traumático ocorrido com parente ou amigo próximo, ou ainda ter sido intensamente exposta a detalhes aversivos de evento ocorrido com pessoa próxima⁵⁵¹. A exposição indireta é fator de desencadeamento em pessoas suscetíveis ou com predisposição, por transtorno neurótico já existente.

Em todos os casos de transtorno de estresse pós-traumático, os profissionais de saúde devem considerar o impacto da experiência traumática em todos os membros da família e, se necessário, avaliar este impacto e considerar suporte familiar ou tratamento coordenado.

Em algumas situações, como após desastres naturais, pode ser indicada a realização de rastreamento para o TEPT entre as pessoas afetadas pelo evento e/ou com alto risco de sofrer TEPT. Este rastreamento deve fazer parte, por exemplo, dos planos de manejo de desastres de autoridades locais e ser realizado dentro do primeiro mês após o ocorrido, com uso de instrumentos padronizados

⁵⁵⁰ US. United States Department of Defense. Department of Veterans Affairs. VA/DoD **Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress**: Guideline summary. Version 2.0, 2010. Disponível em: <<http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/CPGSummaryFINALMgmtofPTSDfinal021413.pdf>>.

⁵⁵¹ APA, American Psychiatric Association. **Posttraumatic stress disorder fact sheet**. 2013. Disponível em: <www.DSM5.org>.

breves⁵⁵². No entanto, para a maioria das pessoas a melhor chance de detecção é durante atendimentos de saúde rotineiros oportunos, como após um assalto ou acidente ou quando uma pessoa revela história de violência doméstica.

As pessoas com TEPT podem se apresentar aos serviços de saúde com problemas relacionados, como depressão ou abuso de substâncias; ou ainda com atendimentos repetidos, queixando-se de sintomas físicos sem explicação anatômica e fisiológica.

No caso de suspeita do transtorno, o profissional de saúde deve perguntar, de maneira sensível porém objetiva, por experiências traumáticas prévias ao início dos sintomas, inclusive dando exemplos de eventos traumáticos (assalto, estupro, acidente, violência, parto traumático etc.). Deve-se questionar o paciente sobre sintomas de revivescência do trauma, incluindo pesadelos, ou de hipervigilância, incluindo insônia.

Em crianças, é comum a apresentação com sintomas de perturbação ou mudanças de padrão do sono. Na avaliação da possibilidade de TEPT, os profissionais de saúde também devem perguntar diretamente às crianças sobre suas experiências, evitando se basear apenas nas informações dos pais ou cuidadores. O TEPT é comum em crianças atendidas em emergências após acidentes ou violência, e os profissionais de UPA e hospitais que atendam crianças nesta situação devem informar os pais desta possibilidade, descrevendo brevemente os sintomas (perturbação do sono, pesadelos, dificuldade de concentração, irritabilidade) e aconselhando a buscarem uma unidade de atenção primária caso estes persistam por mais de um mês⁵⁵³.

O seguinte detalhamento dos grupos de sintomas centrais pode ser útil na elucidação diagnóstica⁵⁵⁴:

- 1) **Revivescência do trauma:** o evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:
 - recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
 - sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
 - agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (flashbacks, alucinações, ilusões);
 - sofrimento psicológico intenso ou reatividade fisiológica quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático (por exemplo: data do acontecimento).
- 2) **Comportamento evitativo e embotamento:** esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (redução do interesse, sensação de distanciamento, incapacidade de sentir/dar carinho, etc.).
- 3) **Hipervigilância:** Surgimento de dois ou mais dos seguintes sintomas de excitabilidade aumentada:
 - dificuldade em conciliar ou manter o sono;
 - irritabilidade ou surtos de raiva;

⁵⁵² NHS. NICE. **NICE guidelines [CG26]:** Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Manchester: March 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>>.

⁵⁵³ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG26]:** Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Manchester: March 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>>.

⁵⁵⁴ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental.** Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>

- dificuldade em concentrar-se;
- hipervigilância;
- resposta de sobressalto exagerada.

4) **Tempo**: a duração da perturbação é superior a um mês e está associada a intenso sofrimento ou prejuízo significativo ao paciente.

Algumas pessoas predispostas enfrentam ainda amnésia e outros sintomas dissociativos⁵⁵⁵.

O diagnóstico diferencial e de comorbidades é importante pela alta frequência de depressão, abuso de substâncias psicoativas e outros transtornos entre pessoas com TEPT.

Depressão pode ocorrer após um trauma, mas os sintomas predominantes serão humor deprimido, perda de interesse, falta de energia e ideação suicida.

As fobias específicas podem levar a sintomas de evitação e isolamento, mas são desencadeadas por objetos ou situações específicas sem os sintomas de revivência ou de embotamento afetivo típicos do TEPT.

No transtorno de pânico os ataques de ansiedade são espontâneos e inesperados, e não relacionados com lembrança do trauma.

Os transtornos de ajustamento ou de adaptação podem ter sintomas semelhantes aos do TEPT, inclusive com sensação de não conseguir levar a vida adiante ou lidar com o futuro, mas geralmente a intensidade e a duração são menores.

Na maioria das vezes, o transtorno de estresse pós-traumático se apresenta em comorbidade com sintomas de depressão, ansiedade, raiva e abuso de substâncias, e os médicos devem perguntar a pessoas com estes sintomas se sofreram uma experiência traumática⁵⁵⁶. O diagnóstico normalmente pode ser feito a partir da constatação denexo temporal com o evento traumático. O evento traumático é uma experiência intensa de séria ameaça (real ou imaginada/percebida) à segurança ou integridade do indivíduo ou de pessoas que lhe são caras, inclusive à distância. Eventualmente pode ser decorrente de mudança súbita na posição social ou nas relações sociais, quando esta é percebida como grave ameaça à integridade do sujeito⁵⁵⁷.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos e crianças com 7 anos e mais, pois não há boas evidências sobre tratamentos antes de 7 anos, idade definida normalmente na seleção de pacientes para as pesquisas^{558, 559}.

⁵⁵⁵ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG26]**: Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Manchester: March 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>>.

⁵⁵⁶ BMJ BEST PRACTICE. **Transtorno do estresse pós traumático**. Mai 2013. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/430/highlights/summary.html>>.

⁵⁵⁷ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão : Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>

⁵⁵⁸ GINSBURG, G. S. et al. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: Findings from the CAMS. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol 79(6), Dec 2011, 806-813. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/ccp/79/6/806/>> e em <<http://dx.doi.org/10.1037/a0025933>>.

⁵⁵⁹ CRESWELL, C.; MURRAY, L.; COOPER, P. Interpretation and Expectation in Childhood Anxiety Disorders: Age Effects and Social Specificity. **J Abnorm Child Psychol** (2014) 42:453–465. DOI

Apesar de a última versão do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V) ter incluído o subtipo de TPET em crianças menores de seis anos⁵⁶⁰, estes casos não serão considerados neste protocolo. Suspeitas de TEPT em crianças de seis anos ou menos devem ser manejadas em base individual por especialistas em saúde mental experientes.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Hipersensibilidade aos fármacos;
- b) Abuso atual de álcool ou de fármacos psicoativos;
- c) Ausência de aderência ao tratamento ou falta de acompanhamento médico adequada.

7. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor municipal ou estadual poderá ou não ser consultado para a decisão final.

8. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

O tratamento deve ser oferecido logo que confirmado o diagnóstico, de acordo com os recursos disponíveis. Tratamentos psicológicos estruturados e focados no trauma, oferecidos por pessoal treinado, são o recurso terapêutico mais eficaz, e devem ser utilizados sempre que disponíveis e aceitáveis.

A farmacoterapia também é eficaz e deve ser indicada para pessoas que preferem esta modalidade de tratamento, ou para aquelas que não respondem, não desejam ou não têm acesso às psicoterapias. Geralmente a combinação de psicoterapia com farmacoterapia tem melhores resultados.

Há benefícios no tratamento de transtornos de ansiedade baseado em serviços de atenção primária, como menores taxas de absenteísmo e maior satisfação das pessoas. Estes serviços devem ser o local preferencial de tratamento sempre que possível, mesmo que necessária a interconsulta com profissional de saúde mental que matricie ou supervisione aquela unidade⁵⁶¹.

Em casos refratários à terapêutica inicial, ou quando houver dúvida quanto ao diagnóstico, o médico de atenção primária deve buscar interconsulta ou seguimento complementar com profissional de saúde mental de apoio, por exemplo, psiquiatra de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O TEPT é um transtorno potencialmente incapacitante, com tendência à cronificação e em que a comorbidade é a regra. Por estas razões, em

10.1007/s10802-013-9795-z. Disponível

em: <http://download.springer.com/static/pdf/36/art%253A10.1007%252Fs10802-013-9795-z.pdf?auth66=1413652667_47d48809c1e94e7587c270ecdbe6a0f4&ext=.pdf>

⁵⁶⁰ APA. American Psychiatric Association. **Posttraumatic stress disorder fact sheet**. 2013. Disponível em: <www.DSM5.org>.

⁵⁶¹ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care**. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

alguns casos, além da avaliação especializada (por psiquiatra), pode haver necessidade de seguimento em serviço especializado de saúde mental.

Quando o cuidado for compartilhado entre médico de atenção primária e outros especialistas, ou entre atenção primária e secundária, deve haver acordo formal entre os profissionais sobre a responsabilidade pelo monitoramento dos pacientes.

Muitos pacientes com TEPT podem ficar ansiosos a respeito do tratamento, e mesmo evitá-lo, o que reforça a importância de estratégias de continuidade do cuidado, como busca ativa de faltosos⁵⁶².

Os CAPS devem ser reservados para casos complexos, principalmente quando houver comorbidade com transtornos psicóticos ou abuso de substâncias. Devido à presença constante de sintomas físicos de hipervigilância ou causados por comorbidades como depressão e abuso de substâncias, é importante que os profissionais das UPA e emergências hospitalares sejam treinados para identificar casos suspeitos de TEPT. Por exemplo, estes profissionais podem perguntar sobre histórico de evento traumático de maneira clara, sensível e com uso de exemplos, em casos suspeitos, possibilitando orientação ao paciente para buscar diagnóstico preciso e cuidado adequado, na atenção primária.

Mais raramente, pacientes com depressão severa comórbida ou ideação suicida podem necessitar de hospitalização enquanto uma terapia efetiva é instituída.

9. TRATAMENTO

Para pessoas com sintomas há menos de 3 meses, leves a moderados, pode ser oferecida um sistema de vigilância ativa, com retorno agendado para um mês. Deve-se sempre levar em conta as preferências e expectativas dos pacientes, além de garantir a continuidade do cuidado através de estratégias de gestão de casos como a busca ativa.

Algumas formas de psicoterapia focadas no trauma, com componentes de exposição ou de reestruturação cognitiva, são altamente eficazes e devem ser oferecidas como tratamento de primeira linha quando disponíveis, para todos os pacientes com sintomas moderados a graves ou que não melhoram após um mês de observação. Para gestantes, estes também devem ser os tratamentos de primeira linha em todos os casos, dado o perfil de segurança duvidoso dos fármacos utilizados no TEPT nesta população. Para pessoas com depressão ou hipervigilância importantes, deve-se considerar farmacoterapia como tratamento adjuvante ao tratamento psicológico.

Intervenção precoce e tratamento imediato, em curto prazo

O profissional deve levar em conta que a exposição a eventos traumáticos potencialmente prejudiciais da vida, em ambos os sexos, durante a infância, adolescência e vida adulta pode ser relatado em serviços de saúde, mas apenas uma parte das pessoas expostas a tais eventos desenvolve sequelas psicológicas.

No estresse pós-traumático os pensamentos suicidas são comuns, mas o aumento do risco de suicídio consumado deve-se a uma comorbidade

⁵⁶² NHS. NICE. **NICE guidelines [CG26]**: Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Manchester: March 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>>.

com quadros depressivos importantes⁵⁶³. O transtorno de estresse pós-traumático aumenta o uso dos serviços de saúde, mas frequentemente não é reconhecido na atenção primária, ou mesmo secundária.

Há algumas possibilidades de prevenir o aparecimento de sintomas psíquicos pós-traumáticos em pessoas sujeitas a grandes traumas. A administração precoce de benzodiazepínicos ou de propranolol após o trauma dá certo conforto, mas não garante evitar o aparecimento de sintomas pós-traumáticos, nos meses subseqüentes⁵⁶⁴. Deve-se ter cuidado com a indicação de benzodiazepínicos, pois o risco de dependência é muito grande.

Farmacoterapia como monoterapia deve ser considerada quando houver depressão comórbida importante ou hiperexcitabilidade grave, com impactos significativos sobre a capacidade de a pessoa se beneficiar de psicoterapia. Deve ser considerada também quando a pessoa não melhora, não tolera, não deseja ou não tenha acesso a psicoterapias estruturadas.

Os resultados de revisões sistemáticas sugerem que a terapia cognitiva comportamental focada no trauma é potencialmente benéfica na prevenção de sintomas pós-traumáticos crônicos, quando realizada nos primeiros seis meses após o incidente. Outras intervenções psicoterápicas têm efeitos, mas em todos os casos tais efeitos são incompletos.

Os resultados dos estudos de tratamento controlado por placebo indicam que há evidência para a eficácia de uma gama de antidepressivos, incluindo alguns ISRS (fluoxetina, paroxetina e sertralina), alguns tricíclicos (clomipramina, amitriptilina, imipramina) e mesmo o tetracíclico mirtazapina, assim como a nefazodona, o fenelzina e a venlafaxina. Uma metanálise com 37 ensaios randomizados controlados com placebo evidenciou boa superioridade da paroxetina, da sertralina e da venlafaxina sobre o placebo⁵⁶⁵.

Os medicamentos testados que não mostraram qualquer eficácia em ensaios controlados com placebo incluem o citalopram, o alprazolam, a tiagabina e o divalproato de sódio.

A fluoxetina é o inibidor seletivo sempre disponível no Sistema Único de Saúde. A clomipramina e a amitriptilina, psicoanalépticos tricíclicos, são segundas opções, para os casos refratários.

Tratamento de longo prazo

Nenhum tratamento, nem psicoterápico, nem farmacológico, é totalmente efetivo para este transtorno. Entre os inibidores seletivos, a fluoxetina está disponível pelo Sistema Único de Saúde. Um pequeno número de estudos de prevenção de recaída, controlados por placebo, com método duplo-cego randomizado, traz evidências para a eficácia do tratamento a longo prazo com fluoxetina⁵⁶⁶.

⁵⁶³ KRYSINSKA, K.; LESTER, D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. **Arch Suicide Res**, 14: 1–23, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20112140>>.

⁵⁶⁴ BALDWIN, D.S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, 1-37 (2014). Disponível em: <<http://www.bap.org.uk/pdfs/AnxietyGuidelines2014.pdf>>.

⁵⁶⁵ IPSER, Jonathan C.; STEIN, Dan J. Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). **The International Journal of Neuropsychopharmacology**, 15, 2012, pp. 825-840. doi:10.1017/S1461145711001209. Disponível em: <<http://ijnp.oxfordjournals.org/content/15/6/825>>.

⁵⁶⁶ MARTENYI, F. et al. Fluoxetine v. placebo in prevention of relapse in post-traumatic stress disorder. **The British Journal of Psychiatry** (2002) 181: 315-320. doi: 10.1192/bjp.181.4.315. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/181/4/315.full>>.

A paroxetina mostra alguma eficácia, quicá maior do que a paroxetina^{567, 568}. Um ensaio randomizado, controlado com placebo, encontrou evidências de que a paroxetina pode potencializar os bons efeitos da psicoterapia de exposição prolongada ao local e a cenas traumatizantes⁵⁶⁹. Poucos são os municípios que a incluem em sua Relação Municipal de Medicamentos.

A diretriz canadense dá preferência à paroxetina sobre a fluoxetina, sem descartar a clomipramina⁵⁷⁰. Os efeitos colaterais constituem o ponto fraco da clomipramina, que a coloca na segunda linha, após o inibidor seletivo. O protocolo europeu atual para tratamento de ansiedades em atenção primária, porém, destaca suas qualidades no transtorno de estresse pós-traumático⁵⁷¹.

O uso simultâneo de psicoterapia e farmacoterapia, pelo menos por um período, pode dar alívio e, para algumas pessoas, levar a um controle bastante satisfatório dos sintomas. Tratamentos somente com fármacos ou somente com psicoterapia se equivalem, não havendo superioridade de um tipo sobre o outro⁵⁷².

Os benzodiazepínicos podem ser coadjuvantes, dependendo do caso, para uso temporário, diante de momentos de ansiedade intensa.

A crítica à diretriz britânica de 2005, sobre o transtorno de estresse pós-traumático, editada em 2014, gerou uma ampla revisão⁵⁷³. Segundo esta revisão, na maioria dos casos de transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo), as preocupações anteriores, de que a prescrição de drogas psicotrópicas pudessem reduzir a eficácia do tratamento psicológico, são infundadas: em alguns transtornos de ansiedade revisões sistemáticas sugerem que a administração de drogas psicotrópicas podem melhorar a eficácia a curto prazo das intervenções cognitivo-comportamentais.

Pequenos estudos randomizados e controlados com placebo, encontraram evidências da eficácia de inibidores seletivos de recaptação da

⁵⁶⁷ WATTS, B.V. et al. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 2013, 74(6):e541-50. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/23842024>>.

⁵⁶⁸ HOSKINS, M.; PEARCE, J.; BETHEL, A. et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, Feb 2015, 206 (2) 93-100. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/206/2/93#xref-ref-7-1>>.

⁵⁶⁹ SCHNEIER, F.R. et al. Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. **Am J Psychiatry**. 2012 Jan; 169(1):80-8. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11020321. Epub 2011 Sep 9. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21908494>>.

⁵⁷⁰ KATZMAN, Martin A. et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. **BCM Psychiatry**, 2014, 14(Suppl 1):S1 doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1/S1>> e em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-14-S1-S1.pdf>>.

⁵⁷¹ BANDELOW, B. et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive – compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 2012; 16: 77–84. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/13651501.2012.667114>>.

⁵⁷² Van ETEN, M. L.; TAYLOR, S. Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. **Clin. Psychol. Psychother.** 5, 126±144 (1998). Disponível em:<http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/35192/153_ftp.pdf>.

⁵⁷³ BALDWIN, D. S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, May 2014 vol. 28 no. 5 403-439. Disponível em: <<http://jop.sagepub.com/content/28/5/403.full>>.

serotonina, como a sertralina nos casos de crianças com queimaduras e traumatizadas em incêndios⁵⁷⁴.

Quanto às psicoterapias, deve-se salientar ao paciente que:

- a) a resposta a um tratamento psicológico não é imediata;
- b) um transitório agravamento dos sintomas, por vezes, pode ocorrer;
- c) as terapias prolongadas são muitas vezes necessárias;
- d) a dependência do terapeuta pode ocorrer, causando problemas quando o tratamento é interrompido de forma brusca;
- e) os resultados encorajadores de curto prazo não são garantia de bons resultados no longo prazo.

Comorbidades

De modo geral, com exceção talvez dos transtornos por abuso de substâncias, os tratamentos efetivos para o TEPT são também eficazes para as principais comorbidades (especialmente depressão e outros transtornos de ansiedade). No entanto, dada a alta prevalência de comorbidades, a definição de prioridades de tratamento é importante para o monitoramento da melhora sintomática e para a seleção e eventualmente troca de fármacos⁵⁷⁵.

Quando uma pessoa se apresentar com sintomas de TPT e depressão, deve-se priorizar o tratamento do TEPT, já que os sintomas de depressão tendem a melhorar com a melhora dos sintomas decorrentes do trauma. No entanto, quando os sintomas de depressão forem muito severos (falta de energia ou inatividade extremas, alto risco de suicídio), dificultando o uso de tratamentos psicológicos focados no trauma, deve-se dar ênfase ao tratamento da depressão. Quando pessoas com TEPT apresentam alto risco de suicídio ou de heteroagressão, o manejo destas situações é o que deve ser priorizado.

Em pessoas com TEPT e abuso de substâncias em que o uso de álcool ou outras drogas possa interferir com o tratamento do TEPT, os profissionais de saúde devem dar prioridade ao problema com as substâncias psicoativas.

Fármacos

Entre os medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a clomipramina e a fluoxetina podem ser consideradas como os fármacos de primeira escolha para o TEPT. Não se pode utilizar os dois simultaneamente, pois há interação entre eles. Apesar de não ser tão eficaz, a fluoxetina tem menores efeitos colaterais do que a clomipramina, é melhor tolerada e é de controle mais fácil. O tratamento com fluoxetina deve iniciar com a dose padrão de 20 mg por dia. De modo geral, o tratamento do TEPT pode exigir doses maiores e maior tempo de tratamento para obtenção e manutenção de resposta, em comparação com outros transtornos de ansiedade⁵⁷⁶. Se não houver resposta após oito semanas,

⁵⁷⁴ STODDARD, F.J. Jr. et al. A randomized controlled trial of sertraline to prevent posttraumatic stress disorder in burned children. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011 Oct;21(5):469-77. doi: 10.1089/cap.2010.0133. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22040192>>.

⁵⁷⁵ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG26]**: Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Manchester: March 2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg26>>.

⁵⁷⁶ US. United States Department of Defense. Department of Veterans Affairs. **VA/DoD Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress**: guideline summary. Version 2.0, 2010. Disponível em: <<http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/CPGSummaryFINALMgmtofPTSDfinal021413.pdf>>.

deve-se considerar aumento de dose antes de trocar o fármaco. Caso haja resposta parcial após as primeiras oito semanas, aguardar mais 4 semanas antes de aumentar. Em casos de resposta parcial ou não resposta, aumentos subsequentes podem ser feitos a cada 4 semanas, até resposta ou até o máximo tolerado. Sempre se deve reavaliar objetivamente os sintomas antes de mudar a terapêutica.

Após resposta, o tratamento deve ser mantido por no mínimo 12 meses antes de retirada gradual. Por tratar-se de um transtorno com tendência à cronificação, pode ser necessário tratamento por tempo indefinido. A retirada do medicamento, quando indicada, deve ser acordada com o paciente e acompanhada pelo médico.

Nos estágios iniciais de tratamento, principalmente com ISRS, o médico deve antecipar para o paciente e monitorar sintomas de acatisia, ideação suicida e aumento da ansiedade e agitação. Em caso de marcada acatisia, o uso do fármaco deve ser revisto.

Entre os tricíclicos, a clomipramina, a amitriptilina e a imipramina, disponíveis na maior parte dos municípios, podem ser utilizadas no caso de falha ou intolerância a fluoxetina. De um modo geral, o uso de tratamentos de segunda linha no TEPT pode se beneficiar do acompanhamento conjunto entre médico de atenção primária e psiquiatra.

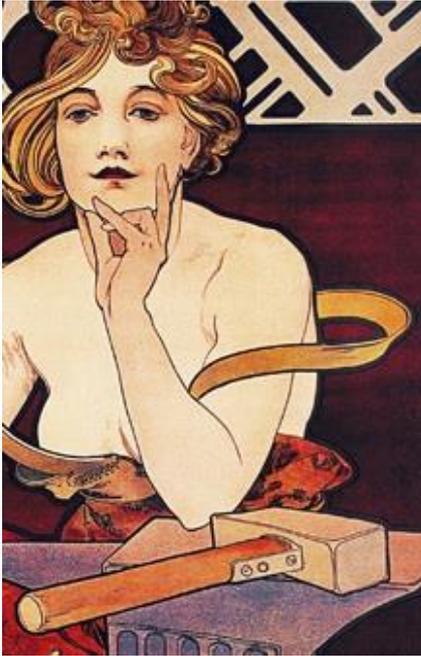
Os municípios que incluíram a paroxetina na sua Relação Municipal de Medicamentos têm uma alternativa altamente poderosa no seu arsenal farmacológico⁵⁷⁷.

Apesar de alguns protocolos indicarem o uso de olanzapina ou risperidona no TEPT refratário e complexo, a cargo de psiquiatras mais experientes, não há comprovação de efetividade clínica de antipsicóticos atípicos no TEPT⁵⁷⁸.

Admite-se o uso de antipsicóticos, dando preferência à clorpromazina e ao haloperidol, apenas quando ocorrem sintomas psicóticos concomitantes aos sintomas do transtorno pós-traumático. Isto acontece somente em pacientes que já são psicóticos, possuem uma personalidade com traços psicóticos, ou têm uma tendência à esquizofrenia. Pode ocorrer, também, ao longo de episódios de humor em bipolares que desenvolveram um quadro de estresse pós-traumático.

⁵⁷⁷ National Collaborating Centre for Mental Health. **Post-traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care**. Londres: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists, 2005.

⁵⁷⁸ US. United States Department of Defense. Department of Veterans Affairs. VA/DoD **Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress**: guideline summary. Version 2.0, 2010. Disponível em: <<http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/CPGSummaryFINALMgmtofPTSDfinal021413.pdf>>.



Parte de cartaz publicitário para a Waverley Cycles, por Alphonse Mucha, 1898.

Personalidades Desviantes

Protocolo Clínico

Alan Indio Serrano
Guilherme Mello Vieira
Jair Abdon Ferracioli
Anna Paula G. Macarini
Mário Aurélio Aguiar Teixeira
e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Há, no conjunto da clínica, três possibilidades etiológicas para ocorrerem variações importantes da personalidade, fugindo do normal estatístico:

- a) As mudanças graves da personalidade decorrentes de doença, de lesão e de disfunção cerebral, enquanto sequelas de problemas **orgânicos** lesando o encéfalo (tumores, epilepsias graves, acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranianos, etc.);
- b) As alterações sequelares da personalidade, permanentes, **funcionais, após doença mental importante e grave** (traumas psíquicos em função de grandes catástrofes assentados em personalidades pouco adaptáveis e predispostas a reações intensas; vivência por anos de moléstias psiquiátricas como a esquizofrenia, etc.);
- c) Os transtornos específicos, **constitucionais**, da personalidade.

As alterações sequelares, orgânicas e funcionais são quebras nítidas (abruptas ou gradativas) segundo um histórico no qual os fatores de mudança são bem delimitados e clinicamente coerentes.

Alguns gatilhos podem ressaltar traços de personalidade, em situações especiais, como o abuso de substâncias químicas (como o álcool etílico, a cocaína, os alucinógenos e outras drogas), situações altamente estressantes relacionadas a eventos traumáticos, grandes perdas afetivas e mudanças de ambiente para pessoas de baixa adaptabilidade e de pouca resiliência.

Os transtornos específicos de personalidade são variações extremas da normalidade, dentro de um *continuum* em cujo centro estão as personalidades normais: não são doenças⁵⁷⁹. A Organização Mundial da Saúde os conceitua como “expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros”⁵⁸⁰. Respondem pouco aos esforços dos serviços de saúde, apesar de tais serviços serem bastante solicitados para abordá-los, especialmente pelos operadores do Direito. Os transtornos de personalidade, como regra, não geram inimizabilidade e não atenuam a punibilidade diante de práticas criminosas.

É comum que operadores do Direito, sem conhecimento clínico, tentem aliciar médicos e psicólogos para o fornecimento de atestados a fim de apresentar, juridicamente, reações menores – e até reações normais a fatores sociais causadores de revolta ou de sofrimento – como se fossem alterações sequelares de personalidade. Nestes casos, o médico deve usar critérios clínicos, e não critérios populares.

O envolvimento de algumas pessoas, cujas personalidades tenham motivações dissociais ou antissociais, em abordagens terapêuticas grupais, em CAPS, hospitais e comunidades terapêuticas, contribui para a desestruturação do grupo e não tem demonstrado qualquer eficácia para o sujeito⁵⁸¹. É comum, em mais de um terço dos jovens infratores da lei usando drogas ilícitas, descobrir-se que eles já cometiam crimes ou infrações graves antes de terem começado a usar drogas^{582, 583}, em função de características de personalidade.

Em que pese toda a formulação clássica da Psicopatologia para permitir a confecção de anamnese e de diagnóstico^{584, 585}, o papel do profissional da saúde, em tais casos, é limitado e polêmico⁵⁸⁶. O médico e o psicólogo podem fazer o diagnóstico e distingui-lo das hipóteses diagnósticas diferenciais, mas não têm ferramentas para apresentar soluções. Há, do ponto de vista da saúde, uma intratabilidade para a maioria das pessoas com características graves de desvio de

⁵⁷⁹ CORDÁS, T.A.; LOUZÃ NETO, M.R. Transtornos da personalidade: um esboço histórico conceitual. In: CORDÁS, Taki Athanassios; LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues; STOPPE Jr., Alberto; et al. **Transtornos da personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

⁵⁸⁰ OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª. revisão. São Paulo: EdUSP, 1993, p. 359.

⁵⁸¹ SCHNEIDER, J. A.; LISBOA, C. M.; MALLMANN, C. Relação entre dependência de cocaína e/ou crack, transtorno de personalidade antissocial e psicopatia em paciente internados em uma instituição de reabilitação. **Revista Debates em Psiquiatria**, ano 4, n. 3, maio-junho 2014, p. 24-33.

⁵⁸² PARENT, I.; BROCHU, S. **Quand les trajectoires toxicomanes et délinquants se rencontrent: dix toxicomanes se racontent**. Recherches et Intervention sur les Substances Psychoactives (RISQ). Montreal: RISQ, Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CHRS), École de Criminologie de l'Université de Montréal, 1999. Disponível em: <<https://depot.erudit.org/retrieve/865/000213pp.pdf>>.

⁵⁸³ NUNES, Laura Maria Cerqueira Marinha. **Análise biográfica, do estilo de vinculação e da personalidade, em indivíduos com história de abuso de substâncias e condutas delinquentes**. [Tese. Orient.: Carlos Mota Cardoso]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2010. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1522/1/teseLauraNunes.pdf>>.

⁵⁸⁴ JASPERS, Karl. **Psicopatologia General**. Buenos Aires: Editorial Beta, 1975.

⁵⁸⁵ NARDI, A. E. et al. A hundred-year of Karl Jaspers' General Psychopathology (Allgemeine Psychopathologie) - 1913-2013: a pivotal book in the history of Psychiatry. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 71, n. 7, July 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000700490&lng=en&nrm=iso>.

⁵⁸⁶ KENDELL, R.E. The distinction between personality disorder and mental illness. **The British Journal of Psychiatry** (2002) 180: 110-115. doi: 10.1192/bjp.180.2.110. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/180/2/110.full>>.

caráter⁵⁸⁷. Alguns casos, porém podem ser alvos de medidas fármaco-cosméticas, para minorar sua impulsividade e agressividade, numa lógica de proteção a terceiros.

Um problema especial é o das personalidades dissociais, ainda erroneamente chamadas pelo defasado e inconveniente nome de “psicopatias”, por alguns autores. Este é um grupo notório, que geralmente procura contato com serviços de saúde sem que se disponha a efetivamente seguir regras ou conselhos a serem dados pelos profissionais⁵⁸⁸. Eventualmente são encaminhados pelo Judiciário ou por instituições prisionais para avaliação. Não há evidências científicas suficientes para se montar planos terapêuticos ou recomendações visando uma prática clínica voltada à mudança das personalidades dissociais⁵⁸⁹.

A fim de não estimular fantasias de onipotência sobre os serviços de saúde, especialmente junto a operadores do Direito, os profissionais precisam ter cuidado ao emitir declarações e atestados que possam ser mal interpretados.

Médicos e psicólogos devem se precaver para não dar a impressão de que os transtornos de personalidade sejam doenças ou dar a impressão de que sejam curáveis pelos serviços de saúde. Além de incorrer em erro, isto serviria à medicalização, à psicologização e à judicialização de fenômenos humanos que extrapolam o potencial terapêutico e os saberes das Ciências da Saúde⁵⁹⁰. Pessoas que não são da área da saúde, como alguns operadores do Direito, administradores, diretores de órgãos públicos e assistentes sociais de áreas distantes buscam nos discursos sanitários oportunidades de medicalização e de entrega de problemas ao SUS, que nem o sistema, nem as ciências biológicas ou psicológicas podem solucionar.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral

Alteração da personalidade e do comportamento que poderia constituir um transtorno residual ou concomitante de uma doença, uma lesão, ou uma disfunção cerebral.

F07.0 Transtorno orgânico da personalidade

Transtorno caracterizado por uma alteração significativa dos modos de comportamento que eram habituais ao sujeito antes do advento da doença; as perturbações concernem em particular à expressão das emoções, das necessidades e dos impulsos. O quadro clínico pode, além disto, comportar uma alteração das funções cognitivas, do pensamento e da sexualidade.

⁵⁸⁷ LEE, Jessica H. **The Treatment of Psychopathic and Antisocial Personality Disorders: A Review**. Londres: RAMAS (Risk Assessment Management and Audit Systems), UK Department of Health, 1999. Disponível em: <<http://www.ramas.co.uk/report3.pdf>>.

⁵⁸⁸ NICE. Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention (NICE Guideline 77). London: National Institute of Health and Clinical Excellence, revisão janeiro 2012. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/CG77>>.

⁵⁸⁹ KHALIFA, Najat, et al. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 9, 2014, Art. No. CD007667. DOI: 10.1002/14651858.CD007667.pub8. Disponível: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=4700&id=CD007667&lang=pt&dblang=&lib=COC#CD007667-bbs2-0066>>.

⁵⁹⁰ SERRANO, Alan Índio. Perícias Médicas e Juízo. In: PEREIRA, Hélio do Valle; ENZENWILER, Romano José. **Curso de Direito Médico**. São Paulo: Conceito, 2011, p. 454-460.

Inclui: Estado pós-leucotomia orgânica, Personalidade pseudopsicopática, Pseudodebilidade, Psicossíndrome da epilepsia do sistema límbico e Síndromes frontal, dos lobotomizados, pós-leucotomia

Exclui: alterações duradouras da personalidade após doenças psiquiátricas (F62.1) após experiência catastrófica (F62.0), após síndrome: pós-encefalítica (F07.1) ou pós-traumática (F07.2) e transtorno específico da personalidade (F60.-)

F07.1 Síndrome pós-encefalítica

Alteração residual do comportamento, não específica e variável, após cura de uma encefalite viral ou bacteriana. A principal diferença entre esta síndrome e os transtornos orgânicos da personalidade é que a mesma é reversível.

Exclui: transtorno orgânico da personalidade (F07.0)

F07.2 Síndrome pós-traumática

Síndrome que ocorre seguindo-se a um traumatismo craniano (habitualmente de gravidade suficiente para provocar a perda da consciência) e que comporta um grande número de sintomas tais como cefaléia, vertigens, fadiga, irritabilidade, dificuldades de concentração, dificuldades de realizar tarefas mentais, alteração da memória, insônia, diminuição da tolerância ao "stress", às emoções ou ao álcool.

Síndrome cerebral pós-traumática não-psicótica e síndrome pós-traumática (encefalopatia)

F07.8 Outros transtornos orgânicos da personalidade e do comportamento devidos a doença cerebral, lesão e disfunção

Transtorno afetivo orgânico do hemisfério direito

F07.9 Transtorno orgânico não especificado da personalidade e do comportamento devido a doença cerebral, lesão e disfunção

Psicossíndrome orgânica

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

Este agrupamento compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns destes estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influência conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida. Os transtornos específicos da personalidade (F60.-), os transtornos mistos e outros transtornos da personalidade (F61.-), e as modificações duradouras da personalidade (F62.-), representam modalidades de comportamento profundamente enraizadas e duradouras, que se manifestam sob a forma de reações inflexíveis a situações pessoais e sociais de natureza muito variada. Eles representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura. Tais tipos de comportamento são geralmente estáveis e englobam múltiplos domínios do comportamento e do funcionamento psicológico. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.

F60 Transtornos específicos da personalidade

Trata-se de distúrbios graves da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, não diretamente imputáveis a uma doença, lesão ou outra afecção cerebral ou a um outro transtorno psiquiátrico. Estes distúrbios compreendem habitualmente vários elementos da personalidade, acompanham-se em geral de angústia pessoal e desorganização social; aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência e persistem de modo duradouro na idade adulta.

F60.0 Personalidade paranóica

Transtorno da personalidade caracterizado por uma sensibilidade excessiva face às contrariedades, recusa de perdoar os insultos, caráter desconfiado, tendência a distorcer os fatos interpretando as ações imparciais ou amigáveis dos outros como hostis ou de desprezo; suspeitas recidivantes, injustificadas, a respeito da fidelidade sexual do esposo ou do parceiro sexual; e um sentimento combativo e obstinado de

seus próprios direitos. Pode existir uma superavaliação de sua auto-importância, havendo freqüentemente auto-referência excessiva.

F60.1 Personalidade esquizóide

Transtorno da personalidade caracterizado por um retraimento dos contatos sociais, afetivos ou outros, preferência pela fantasia, atividades solitárias e a reserva introspectiva, e uma incapacidade de expressar seus sentimentos e a experimentar prazer.

F60.2 Personalidade dissocial

Transtorno de personalidade caracterizado por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros. Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que leva o sujeito a entrar em conflito com a sociedade.

Personalidade amoral, anti-social, associal, psicopática, sociopática

Exclui: transtorno de conduta (F91.-), de personalidade do tipo instabilidade emocional (F60.3)

F60.3 Transtorno de personalidade com instabilidade emocional

Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas consequências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo "borderline", caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas.

Inclui personalidades agressiva ou **explosiva** e **borderlines**

Exclui: personalidade dissocial (transtorno da) (F60.2)

F60.4 Personalidade histriônica

Transtorno da personalidade caracterizado por uma afetividade superficial e lábil, dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, sugestibilidade, egocentrismo, autocomplacência, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constituir-se no objeto de atenção e tendência a se sentir facilmente ferido.

Personalidade histérica, psicoinfantil

F60.5 Personalidade anancástica

Transtorno da personalidade caracterizado por um sentimento de dúvida, perfeccionismo, escrupulosidade, verificações, e preocupação com pormenores, obstinação, prudência e rigidez excessivas. O transtorno pode se acompanhar de pensamentos ou de impulsos repetitivos e intrusivos não atingindo a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.

Personalidade compulsiva, obsessiva, obsessivo-compulsiva

Exclui: transtorno obsessivo-compulsivo (F42.-)

F60.6 Personalidade ansiosa [esquiva]

Transtorno da personalidade caracterizado por sentimento de tensão e de apreensão, insegurança e inferioridade. Existe um desejo permanente de ser amado e aceito, hipersensibilidade à crítica e a rejeição, reticência a se relacionar pessoalmente, e tendência a evitar certas atividades que saem da rotina com um exagero dos perigos ou dos riscos potenciais em situações banais.

F60.7 Personalidade dependente

Transtorno da personalidade caracterizado por: tendência sistemática a deixar a outrem a tomada de decisões, importantes ou menores; medo de ser abandonado; percepção de si como fraco e incompetente; submissão passiva à vontade do outro (por exemplo de pessoas mais idosas) e uma dificuldade de fazer face às exigências

da vida cotidiana; falta de energia que se traduz por alteração das funções intelectuais ou perturbação das emoções; tendência freqüente a transferir a responsabilidade para outros.

Personalidade astênica, inadequada, passiva

F60.8 Outros transtornos específicos da personalidade

Personalidade excêntrica, imatura, narcísica, passivo-agressiva, psiconeurótica, tipo "haltlose"

F60.9 Transtorno não especificado da personalidade

Neurose de caráter SOE

Personalidade patológica SOE

F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade

Esta categoria se refere aos transtornos de personalidade freqüentemente perturbadores mas que não mostram o padrão específico de sintomas que caracteriza os transtornos descritos em F60.-. Conseqüentemente, são com freqüência mais difíceis de diagnosticar do que os transtornos em F60.-. Exemplos:

- transtornos mistos da personalidade com padrões de vários dos transtornos em F60.- mas sem um conjunto predominante de sintomas que possibilitaria um diagnóstico mais específico; e
- modificações patológicas da personalidade, não classificáveis em F60.- ou F62.-, e vistas como secundárias a um diagnóstico principal de um transtorno afetivo ou ansioso co-existente.

Exclui: acentuação de traços de personalidade (Z73.1)

F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral

Consiste em anomalias da personalidade e do comportamento do adulto que ocorrem na ausência de transtornos prévios da personalidade e em seguida a um "stress" dramático ou excessivo e prolongado, ou a uma doença psiquiátrica grave. Este diagnóstico só deve ser feito nos casos em que se dispõe da prova de uma alteração manifesta e duradoura dos modos de percepção, de relação ou de pensamento com relação ao ambiente ou a si próprio. A modificação da personalidade deve ser significativa e estar associada a um comportamento rígido e mal adaptado, ausente antes da ocorrência do evento patogênico. A modificação não deve constituir uma manifestação direta de um outro transtorno mental nem um sintoma residual de um transtorno mental anterior.

Exclui: transtornos de personalidade e do comportamento devidas a uma doença, lesão e a disfunção cerebral (ver F07.-)

F62.0 Modificação duradoura da personalidade após uma experiência catastrófica

Modificação duradoura da personalidade, que persiste por ao menos dois anos, em seguida à exposição a um "stress" de catástrofe. O "stress" deve ser de uma intensidade tal que não é necessário referir-se a uma vulnerabilidade pessoal para explicar seu efeito profundo sobre a personalidade. O transtorno se caracteriza por uma atitude hostil ou desconfiada com relação ao mundo, retraimento social, sentimentos de vazio ou desesperança, um sentimento crônico de "estar à beira do precipício" como se constantemente ameaçado, e estranheza. O estado de "stress" pós-traumático (F43.1) pode preceder este tipo de modificação da personalidade.

Modificação da personalidade após (um) (uma)

- cativo prolongado com a possibilidade de ser morto a qualquer momento
- desastres
- experiências em campo de concentração
- exposição prolongada a situações que representam um perigo vital, como ser vítima do terrorismo
- tortura

Exclui: estado de "stress" pós-traumático (F43.1)

F62.1 Modificação duradoura da personalidade após doença psiquiátrica

Modificação da personalidade persistindo por ao menos dois anos, atribuível à experiência traumática de uma doença psiquiátrica grave. A alteração não pode ser explicada por um transtorno anterior da personalidade e deve ser diferenciado de uma esquizofrenia residual e de outros estados mórbidos conseqüentes à cura incompleta de um transtorno mental anterior. Este transtorno se caracteriza por uma dependência e uma atitude de demanda excessiva em relação aos outros; convicção

de ter sido transformado ou estigmatizado pela doença a ponto de ser incapaz de estabelecer ou manter relações interpessoais estreitas e confiáveis e de se isolar socialmente; passividade, perda de interesses e menor engajamento em atividades de lazer em que o sujeito se absorvia anteriormente; queixas persistentes de estar doente, às vezes associadas a queixas hipocondríacas e a um comportamento doentio; humor disfórico ou lábil não devido a um transtorno mental atual nem a sintomas afetivos residuais de um transtorno mental anterior; e uma alteração significativa do funcionamento social e profissional.

F62.8 Outras modificações duradouras da personalidade

Personalidade caracterizada por uma síndrome algica crônica

F62.9 Modificação duradoura da personalidade, não especificada

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios são os da CID-10⁵⁹¹. Quanto aos transtornos específicos de personalidade, seu padrão de comportamento é inflexível e invasivo, manifestando-se em situações pessoais e sociais. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico norte-americano (DSM-V), é interessante agrupá-los, para fins didáticos e sindrômicos, em três *clusters*⁵⁹²:

- 1) Agrupamento A) Personalidades excêntricas (podem se sentir muito ameaçadas e imaginar que os outros não são confiáveis):

paranoide, esquizoide e esquizotípica;

- 2) Agrupamento B) Personalidades dramáticas, emocionais, imprevisíveis e erráticas (costumam provocar fortes emoções, raiva ou irritação naqueles que os cercam):

antissocial, borderline, histriônica e narcisista;

- 3) Agrupamento C) Personalidades ansiosas e receosas (costuma apresentar timidez, sentimentos de inadequação e exagerada sensibilidade a avaliações negativas ou a opiniões discordantes):

esquiva ou ansiosa, anancástica e dependente.

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Por muitas décadas se considerou que um diagnóstico de transtorno de personalidade somente poderia ser atribuído a um adulto, ficando os adolescentes excluídos automaticamente destas categorias. Diversas escolas vêm propondo, porém, que a décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) seja mais flexível em relação à idade⁵⁹³.

São critérios de exclusão, atuais:

⁵⁹¹ OMS (Organização Mundial da Saúde). **Classificação estatística internacional de doença e problemas relacionados à saúde**: CID-10. 10ª. revisão. São Paulo: EdUSP, 1994.

⁵⁹² APA (American Psychiatric Association). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

⁵⁹³ TYRER, Peter, et al. Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. **Personality and Mental Health**, Volume 8, Issue 4, pages 254–263, October 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmh.1275/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>.

- a) Ausência de adesão ao tratamento ou falta de acompanhamento adequada em serviço de saúde.
- b) Busca de serviços de saúde com finalidade de desenvolvimento de relação visando ganho secundário.
- c) Simulação de sintomas visando vantagens e ganhos eticamente reprovados.

5. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou de transtorno em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor municipal ou estadual poderá ou não ser consultado para a decisão final.

6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Serviços de atenção à saúde específicos para pessoas em conflito com a lei, unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS).

7. TRATAMENTO

Orientações e montagem de rede de apoio ao sujeito

É essencial que haja um bom grau de comunicação entre os profissionais que atendem algum transtorno de personalidade, pois a relação com este tipo de usuário de serviços de saúde implica uma transferência e uma contratransferência complexa, capaz de criar dissabores e desentendimentos.

Na rede básica poderá haver reconhecimento do problema e abordagem às crises na qual o usuário se mostre em quebra da homeostase.

Muitas pessoas com transtorno de personalidade levam uma vida conturbada se não contarem com apoio de terceiros. O apoio pode ser emocional (alguém com quem falar) ou apoio prático (ajuda para planejar gastos e programas, organizar coisas domésticas, manter compromissos, não procrastinar demais). O apoio geralmente é dado por amigos e familiares. Eventualmente grupos e redes sociais, como as de igrejas, podem ter papel interessante. O profissional de saúde pode reforçar vínculos com redes sociais no âmbito religioso, mas não deve indicar atividades religiosas a quem não tem tais vínculos ou nunca os teve na sua história pregressa.

A equipe de saúde geralmente é procurada nas fases em que outras formas de apoio estão falhando.

Os familiares, se vierem à unidade de saúde, podem ser abordados, pois serão importantes para montar uma rede de apoio afetivo. O cotidiano com alguém que apresenta uma personalidade invasiva demais ou esquiva demais pode ser difícil. Dar a tais pessoas o seu próprio espaço, ouvindo e reconhecendo as suas preocupações, sem tentar resolver os problemas por ela e sem entrar em conflitos dispensáveis, é uma estratégia importante a ser adotada pelos familiares.

Na atenção básica alguns conselhos simples podem ajudar no momento da procura do serviço e montam vínculo. Por exemplo, o profissional da saúde pode sugerir coisas simples, às vezes muito bem recebidas:

- 1) Tente relaxar quando está estressado - tomar um banho quente ou ir para uma caminhada. Você pode encontrar yoga, massagem de aromaterapia ou útil.
- 2) Certifique-se de ter uma boa noite de sono - mas não ficar muito chateado se você não consegue dormir.

- 3) Cuide de sua saúde física e o que você come. Você vai se sentir melhor em uma dieta balanceada, com muitas frutas e legumes.
- 4) Evite beber muito álcool ou usar drogas, especialmente as ilícitas.
- 5) Tire algum exercício físico regular. Isto não tem que ser extremo. Mesmo descer do ônibus uma parada cedo, e percorrer o resto do caminho podem fazer a diferença.
- 6) Dê a si mesmo um prazer (embora nem drogas ou álcool) Com quando coisas difíceis você tem lidado mesmo em um momento estressante.
- 7) Tenha interesses que distraiam, procure um hobby. Esta é uma boa maneira de conhecer outras pessoas e tomar sua mente fora as tensões do dia-a-dia que todos enfrentamos.
- 8) Converse com alguém sobre como você está sentindo. Este poderia ser um amigo ou parente, ou, se preferir, alguém indicado pela equipe de saúde.
- 9) Se as coisas ficam realmente difíceis, tente telefonar para algum grupo de autoajuda, para algum conselheiro que você conheça de sua igreja ou para o Centro de Valorização da Vida (endereço eletrônico <www.cvv.org.br>, fone 141 ou, para algumas cidades de Santa Catarina, os telefones do anexo, ao final deste protocolo).
- 10) Retorne à unidade de saúde se precisar, agendando horário antes, para que os profissionais possam esperá-lo e reservar seu tempo para você.

Note bem: estas orientações **não devem ser dadas a pessoas com transtornos de personalidade dissociada**. Podem ser dadas a pessoas com outros tipos de transtornos de personalidade, desde que os traços antissociais não sejam proeminentes.

Uma vez feito o diagnóstico de transtorno de personalidade dissociada (ou antissocial) jamais se deve encaminhar tais pessoas a outros serviços ou a instituições, inclusive às redes voluntárias, às comunidades terapêuticas e aos serviços ligados a igrejas. Se o cidadão dissociado é muito insistente, querendo montar um vínculo, pode-se indicar um CAPS, ou um ambulatório especializado em saúde mental, onde ele possa ser avaliado por especialistas experientes.

Em CAPS várias psicoterapias podem funcionar bem, especialmente para transtornos de personalidade histriônica e anancástica. O conhecimento da teoria psicanalítica, pelo terapeuta, ajuda-o a lidar melhor com a transferência, mesmo que ele não utilize psicoterapia individual de base analítica no atendimento cotidiano, pois ela pode ficar demorada, pouco custo-efetiva e ater um técnico de alta formação a um número muito reduzido de pacientes. Técnicas de mentalização, terapias cognitivas e cognitivo-comportamentais, combinações de terapias de grupo com entrevistas individuais podem ajudar em personalidades histriônicas e anancásticas, trabalhando formas de mudar padrões de pensamento inadequados, ou causadores de sofrimento. Outras técnicas de intervenção psicossocial, elaborando relacionamentos, permitindo catarse e abrindo novas possibilidades de convívio, vivência e reflexão, são bons coadjuvantes terapêuticos.

Diante de um caso de personalidade *borderline* na atenção primária deve-se⁵⁹⁴:

- a) Avaliar o nível de risco a si e a terceiros;
- b) Perguntar sobre episódios semelhantes, no passado, e sobre as estratégias utilizadas para amenizar o quadro e suas consequências;
- c) Ajudar a gerenciar a ansiedade frisando as capacidades do atendido e sugerindo-lhe focar no problema momentâneo, em vez de querer resolver um conjunto de problemas muito grande (talvez sua vida toda);

⁵⁹⁴ NICE. **Borderline personality disorder**: Treatment and management. London: National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE), 2009. Disponível em: <<http://publications.nice.org.uk/borderline-personality-disorder-cg78>>.

- d) Incentivar o atendido a identificar alguns temas específicos, atuais, possíveis de serem manejados, deixando para pensar depois nos que não podem ser resolvidos;
- e) Oferecer a possibilidade de nova consulta em breve, em prazo combinado.

Abordagens psicoterápicas e psicossociais

Em que pesem os grandes esforços psicanalíticos para abordar as personalidades emocionalmente instáveis (explosivas e fronteiriças), ainda não há comprovação clara sobre os efeitos dos vários tipos de psicoterapia nestes diagnósticos⁵⁹⁵. Empiricamente sabe-se, porém, que o relacionamento do paciente com a unidade de saúde pode lhe dar âncoras para se recompor, em fases de crise. O tratamento em CAPS, em alguns casos complexos em que se opte pela psicoterapia eletiva sequencial, deveria ser feito, idealmente, por profissional experiente, ou sob supervisão. Os resultados de esforços psicoterápicos para personalidades *borderline* são bastante modestos⁵⁹⁶.

Para os transtornos de personalidade dissociada (ou antissocial) não se deve tentar ou indicar qualquer tipo de intervenção psicoterápica, pois todas as tentativas mundialmente feitas não produziram quaisquer evidências de efeitos positivos⁵⁹⁷. O tema do dissociado é de interesse da psiquiatria forense, da psicologia forense e da criminologia, pois há esforços para desenvolver diagnósticos precoces (a fim de atuar preventivamente com crianças e adolescentes), atuar em perícias e avaliar o grau de risco agressivo de criminosos contumazes, em prisões, para indicação de liberdade condicional e outras demandas judiciais^{598, 599, 600}.

Psicofarmacoterapia

O tratamento farmacológico é sintomático. Mais que do diagnóstico, a escolha de medicações depende das particularidades do caso, segundo a combinação e a intensidade dos sintomas apresentados. Deve-se sempre levar em conta o balanço entre os efeitos favoráveis e os efeitos colaterais, assim como a

⁵⁹⁵ LEICHSERNRING, F. et al. Borderline personality disorder. **The Lancet**, Volume 377, Issue 9759, 1–7 January 2011, Pages 74–84. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610614225>>.

⁵⁹⁶ NOSE, M. et al. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. **International Clinical Psychopharmacology** 2006; 21(6) :345-353. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=carbamazepine&lang=pt>>.

⁵⁹⁷ GIBBON, S., et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 6. Art. No.: CD007668. DOI: 10.1002/14651858.CD007668.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007668.pub2/abstract>>.

⁵⁹⁸ LYNAM, D. R. Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? **Psychological Bulletin**, Vol 120(2), Sep 1996, 209-234. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.120.2.209>. Disponível em : <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-01404-003>>.

⁵⁹⁹ NICE. National Collaborating Centre for Mental Health. **Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention**. NICE Clinical Guidelines, No. 77. Risk assessment and management. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55331/>>.

⁶⁰⁰ PICKERSGILL, M. How personality became treatable: The mutual constitution of clinical knowledge and mental health law. **Social Studies of Science**, February 2013, 43(1) 30-53. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3652711/>>.

grande possibilidade de o paciente, por característica própria de sua personalidade, abandonar, negligenciar ou alterar o tratamento por decisão própria.

Os sintomas típicos dos agravamentos de transtornos personalidades do agrupamento A (**paranóides**, esquizóides e esquizotípicas), quando em desequilíbrio psíquico ou vivenciando uma fase crítica, podem se beneficiar de tranquilizantes maiores (neurolépticos ou antipsicóticos), como a **clorpromazina** em doses baixas.

Para certos problemas envolvendo impulsividade, agressividade fácil e **explosão impetuosa** de tipo emocional, volitiva e psicomotora, psicofármacos têm sido experimentados. A **fluoxetina**, eventualmente em doses altas, pode ajudar a diminuir os sintomas dos agravamentos de transtornos de personalidade emocionalmente instáveis (do tipo borderline e do tipo explosivo), tornando a pessoa menos impulsiva e agressiva^{601, 602, 603}. Há indícios, ainda sem confirmações nítidas, de que a carbamazepina e outros estabilizadores do humor (lítio, ácido valpróico e outros) possam abrandar, em algumas pessoas, a impulsividade e a agressividade⁶⁰⁴.

É clássico o conhecimento médico da redução da ansiedade e dos sintomas obsessivo-compulsivos, útil para os momentos críticos de transtornos de personalidade **anancásticas** e **esquivas** com tricíclicos (especialmente **clomipramina**, ou imipramina, ambas na dose de 75 mg ao dia)^{605, 606} ou com inibidor seletivo de recaptação da serotonina (**fluoxetina**, na dose de 20 a 60 mg ao dia)⁶⁰⁷.

⁶⁰¹ BUTLER, T. et al. Reducing impulsivity in repeat violent offenders: an open label trial of a selective serotonin reuptake inhibitor. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. December 2010, Vol. 44, No. 12, Pages 1137-1143 (doi:10.3109/00048674.2010.525216). Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/00048674.2010.525216>>.

⁶⁰² PHAN, K. L.; LEE, R.; COCCARO, E. F. Personality predictors of antiaggressive response to fluoxetine: inverse association with neuroticism and harm avoidance. **International Clinical Psychopharmacology**, September 2011 - Volume 26 - Issue 5 - p 278–283. doi: 10.1097/YIC.0b013e32834978ac. Disponível em: <http://journals.lww.com/intclinpsychopharm/Abstract/2011/09000/Personality_predictors_of_antiaggressive_response.6.aspx>.

⁶⁰³ SILVA, H. et al. Fluoxetine response in impulsive–aggressive behavior and serotonin transporter polymorphism in personality disorder. **Psychiatric Genetics**, February 2010 - Volume 20 - Issue 1 - pp 25-30. doi: 10.1097/YPG.0b013e328335125d. Disponível em: <http://journals.lww.com/psychgenetics/Abstract/2010/02000/Fluoxetine_response_in_impulsive_aggressive.5.aspx>.

⁶⁰⁴ HUBAND, N., FERRITER, M., NATHAN R., JONES H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**, Issue 9, Art. No. CD003499. DOI: 10.1002/14651858.CD003499.pub2. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=1904&id=CD003499&lang=pt&dblang=&lib=COC>>.

⁶⁰⁵ DeVEAUGH-GEISS, J. et al. Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder: the clomipramine collaborative study group. **JAMA Psychiatry** (Arch Gen Psychiatry), 1991;48:730-8.

⁶⁰⁶ FOA, Edna B. et al. Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. **Am J Psychiatry**, 2005; 162:151–161. Disponível em: <https://www.med.upenn.edu/ctsa/user_documents/Foa-ClomipramineRCT05.pdf> e em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.162.1.151>>.

⁶⁰⁷ TOLLEFSON, G.D. et al. A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. **JAMA Psychiatry** (Arch Gen Psychiatry), 1994;51:559-67. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=496700>>.

Em quadros de personalidade **bordeline** a **carbamazepina**, comparada a vários outros fármacos, demonstrou ter alguns efeitos interessantes na diminuição da impulsividade^{608, 609, 610}.

Para baixar os níveis de agressividade, em pessoas com transtornos de personalidade dissociada, os neurolépticos (haloperido e clorpromazina) e os antidepressivos (fluoxetina e tricíclicos)⁶¹¹ são conhecidos há vários anos, pois podem auxiliar momentaneamente, em ambientes controlados. De modo geral, os dissociados não gostam de usar antidepressivos e, num grau ainda maior, não gostam de neurolépticos, em função dos efeitos colaterais e do fato de não gerarem qualquer prazer momentâneo.

Sabe-se, pois, que não há tratamento medicamentoso específico para os transtornos de personalidade: o que se pode tratar, por fármacos sintomáticos, são algumas manifestações que se repetem ou não⁶¹². Extensas comparações de neurolépticos típicos e atípicos, de tricíclicos e inibidores seletivos e de outros psicoanalépticos, mostram que ainda não há medicamentos adequados à abordagem dos transtornos de personalidade⁶¹³. As abordagens possíveis são, pois, sintomáticas e paliativas.

8. ASPECTOS PREVENTIVOS

Do ponto de vista do desenvolvimento, têm papel decisivo os primeiros anos do período de bebê e da infância, antes dos cinco anos de idade, como formadores da estrutura de caráter básica da pessoa.

Do ponto de vista epigenético, as interações entre genes e ambiente podem modificar um traço ou uma predisposição genética sem alterar o genoma. Daí a importância dos ambientes favoráveis à criação dos bebês⁶¹⁴.

⁶⁰⁸ DENICOFF, K.D. et al. Efficacy of carbamazepine compared with other agents: a clinical practice survey. **The Journal of Clinical Psychiatry**. 03/1994; 55(2):70-6. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/15122405_Efficacy_of_carbamazepine_compared_with_othe_r_agents_a_clinical_practice_survey>.

⁶⁰⁹ BELLINO, S.; PARADISO, E.; BOGETTO, F. Mood Stabilizers and Novel Antipsychotics in the Treatment of Borderline Personality Disorder. **Psychiatric Times**, July 2006, Vol. XXIII, No. 8. Disponível em: <<http://www.psychiatrictimes.com/articles/mood-stabilizers-and-novel-antipsychotics-treatment-borderline-personality-disorder>>.

⁶¹⁰ BELLINO, S.; PARADISO, E.; BOGETTO, F. Efficacy and Tolerability of Pharmacotherapies for Borderline Personality Disorder. **CNS Drugs**, August 2008, Volume 22, Issue 8, pp 671-692. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.2165/00023210-200822080-00005#>>.

⁶¹¹ LEE, J. **The Treatment of Psychopathic and Antisocial Personality Disorders: A Review**. Clinical Decision Making Support Unit. Broadmoor (UK): Broadmoor Hospital. Cambridge (UK): Institute of Criminology, 1999. Disponível em: <<http://ramas.co.uk/report3.pdf>>.

⁶¹² LIEB, K. et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. **The British Journal of Psychiatry** (2010) 196: 4-12. doi: 10.1192/bjp.bp.108.062984. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/196/1/4.short>>.

⁶¹³ INGENHOVEN, T. et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. **Journal of Clinical Psychiatry** 2010;71(1) :14-25. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=carbamazepine&lang=pt>>.

⁶¹⁴ MOREIRA, M. E. L.; GOLDANI, M. Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200002&lng=en&nrm=iso>.

O arcabouço da personalidade, com seus traços básicos, já está formado ao final do quinto ano de vida. O desenvolvimento subsequente é elaborado a partir dessa estrutura básica.

Fatores biológicos raros, como traumatismos cranianos lesando a massa cerebral, podem causar sequelas alterando a personalidade de uma pessoa.

Fatores vivenciais do ambiente cotidiano, na vida adulta podem, quanto muito, ressaltar momentaneamente traços componentes da conformação da personalidade e de suas predisposições básicas.



Da série meninos chorando, de Bruno Amadio (Giovanni Bragolin).

Transtornos do desenvolvimento psíquico infantil

Protocolo de acolhimento

Alan Indio Serrano
Marina Menezes
Plínio Augusto Freitas Silveira
Stella Maris Brum Lopes
Guilherme Mello Vieira
Jair Abdon Ferracioli
Anna Paula G. Macarini

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

São aqui apresentadas recomendações sobre o acolhimento de crianças e adolescentes enquadrados em três grupos de problemas:

- 1) As deficiências intelectuais (retardos), que representam paradas do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social.
- 2) Os transtornos do desenvolvimento psicológico, que compreendem a linguagem, as habilidades espaço-visuais e a coordenação motora. Os prejuízos diminuem à medida que a criança cresce. Tais quadros têm em comum:
 - a) início situado obrigatoriamente na primeira ou segunda infância;
 - b) comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central;
 - c) evolução contínua sem remissões nem recaídas.
- 3) Os transtornos emocionais e de comportamento que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência, caracterizados por:

- a) início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), pela falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo;
- b) tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma;
- c) atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F70-F79 Retardo mental (transtornos do desenvolvimento intelectual)

- F70 Retardo mental leve
- F71 Retardo mental moderado
- F72 Retardo mental grave
- F73 Retardo mental profundo
- F78 Outro retardo mental
- F79 Retardo mental não especificado

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

- F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem
- F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares
- F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor
- F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento
- F84 Transtornos globais do desenvolvimento
- F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico
- F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

F90-F98 Transtornos comportamentais e emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

- F90 Transtornos hipercinéticos
- F91 Distúrbios de conduta
- F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções
- F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância
- F94 Transtornos do funcionamento social iniciados na infância ou na adolescência
- F95 Tiques
- F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais da infância ou a adolescência.

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico diferencial e diagnóstico ampliado

É importantíssimo o exame médico para crianças com suspeita de transtornos intelectuais, transtornos do desenvolvimento psicológico e transtornos comportamentais e emocionais. Muitas vezes, o que parece um problema de ordem psíquica decorre de outros fatores médicos. Problemas de visão, de audição, infecções, epilepsia, doenças endocrinológicas, sintomas neurológicos, síndromes cromossômicas, síndromes genéticas, psicoses são confundidos, muitas vezes, com neuroses, ou interpretados como problemas sociais, situacionais ou psicológicos.

O desenvolvimento da linguagem deve ser observado pelo médico de família e pelo pediatra desde os primeiros dias de vida do bebê.

Desenvolvimento da linguagem

Receptivo	Idade	Expressivo
Assusta-se. Aquieta-se ao som de voz.	0-6 semanas	Choros diferenciados e sons primitivos. Aparecem os sons vogais (V).
Vira-se para a fonte de voz. Observa com atenção objetos e fatos do ambiente.	3 meses	Primeiras consoantes (C) ouvidas são p/b e k/g. Inicia balbucio.
Responde com tons emotivos à voz materna.	6 meses	Balbucio (seqüências de CVCV sem mudar a consoante). Ex.: "dudadá".
Entende pedidos simples com dicas através de gestos. Entende "não" e "tchau".	9 meses	Imita sons. Jargão. Balbucio não-reduplicativo (seqüência CVC ou VCV).
Entende muitas palavras familiares e ordens simples associadas a gestos. Ex.: "vem com o papai".	12 meses	Começa a dizer as primeiras palavras, como "mamá", "papá" ou "dadá".
Conhece algumas partes do corpo. Acha objetos a pedido. Brincadeira simbólica com miniaturas.	18 meses	Poderá ter de 30 a 40 palavras ("mamá", "bebê", "miau", "pé", "ão-ão", "upa"). Começa a combinar duas palavras ("dá papá").
Segue instruções envolvendo dois conceitos verbais (os quais são substantivos). Ex.: "coloque o copo na caixa".	24 meses	Tem um vocabulário de cerca de 150 palavras. Usa combinação de duas ou três.
Entende primeiros verbos. Entende instruções envolvendo até três conceitos. Ex. "coloque a boneca grande na cadeira".	30 meses	Usa habitualmente linguagem telegráfica ("bebê", "papá pão", "mamã vai papá").
Conhece diversas cores. Reconhece plurais, pronomes que diferenciam os sexos, adjetivos.	36 meses	Inicia o uso de artigos, plurais, preposições e verbos auxiliares.
Começa a aprender conceitos abstratos (duro, mole, liso). Linguagem usada para raciocínio. Entende "se", "por que", "quanto". Compreende 1.500 a 2.000 palavras.	48 meses	Formula frases corretas, faz perguntas, usa a negação, fala de acontecimentos no passado ou antecipa outros no futuro.

Fonte: Schirmer et al., 2004⁶¹⁵.

As alterações da linguagem são monitoradas, podendo evidenciar desde problemas mais graves, como mutismos, até transtornos leves posteriores, como o ceceio, o tatibitati, a dislalia, a gagueira.

Classificação básica das alterações da linguagem

Atraso	A progressão na linguagem processa-se na seqüência correta, mas em ritmo mais lento, sendo o desempenho semelhante ao de uma criança de idade inferior.
Dissociação	Existe uma diferença significativa entre a evolução da linguagem e das outras áreas do desenvolvimento.
Desvio	O padrão de desenvolvimento é mais alterado: verifica-se uma aquisição qualitativamente anômala da linguagem. É um achado comum nas perturbações da comunicação do espectro do autismo.

Fonte: Schirmer et al., 2004.

⁶¹⁵ SCHIRMER, C. R.; FONTOURA, D. R.; NUNES, M. L.. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, supl. Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300012&lng=en&nrm=iso>.

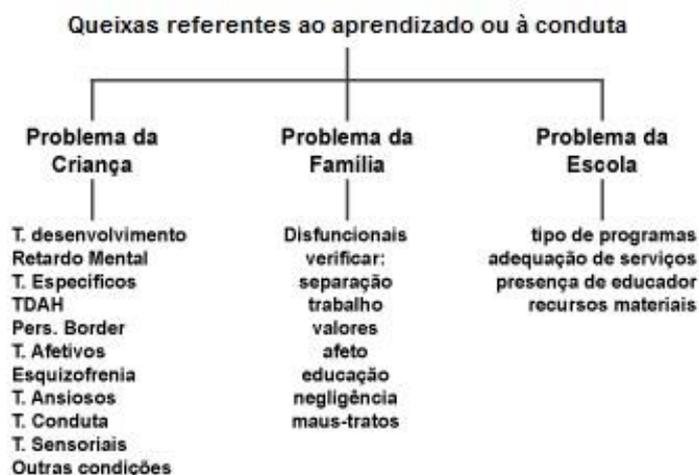
Os transtornos envolvendo a linguagem oral e escrita podem derivar de diversas causas, a serem pesquisadas pela equipe de saúde. Nem sempre a solução está no Sistema Único de Saúde, pois várias vezes a abordagem precisa ser planejada nas instituições escolares.

Etiologia básica dos distúrbios da linguagem

Distúrbios	Descrição
Causa ambiental	Fatores de risco sociais e emocionais.
Atraso isolado da linguagem expressiva ("constitucional")	Atraso de causa não-demonstrável associado a compreensão, pragmática e desenvolvimento não-verbal normais.
Déficit cognitivo	Nos primeiros anos, a evolução da linguagem na criança com atraso de desenvolvimento é semelhante à da criança normal, mas num ritmo inferior.
Déficit auditivo	Influencia a aquisição da linguagem após 6-9 meses, quando observam-se alterações da vocalização (perda da qualidade vocal, consoantes que desaparecem ou não chegam a surgir, modificação da sonoridade das vogais) até que apenas sons primitivos e guturais acabam por persistir.
Autismo	Pode ocorrer ecolalia imediata ou tardia, perseveração (persistência inapropriada no mesmo tema) em associação a alterações da comunicação não-verbal, comportamentos estereotipados e perseverantes, interesses restritos e/ou não-usuais e comprometimento da capacidade social.
Alterações específicas da linguagem	Caracterizam-se por limitações significativas da função lingüística que não podem ser atribuídas a perda auditiva, déficit cognitivo ou alterações da estrutura e função fonadora. É um diagnóstico de exclusão.

Fonte: Schirmer et al., 2004.

Grande número de crianças chega ao serviço de saúde a partir de um encaminhamento escolar ou familiar, com duas queixas primordiais: déficit no aprendizado ou comportamento belicoso e incômodo aos outros (transtorno de conduta). Nem sempre estes motivos indicam a presença de um quadro psicopatológico infantil⁶¹⁶. A equipe de saúde deverá avaliar, de forma abrangente, quanto estas queixas são consequências de problemas da criança, de sua família ou do ambiente escolar.



Fonte: Assumpção Jr, 2009.

O diagnóstico é, pois, amplo: envolve a criança e suas circunstâncias. As famílias disfuncionais (por separação, ritmo de trabalho, valores diversos, carências afetivas, educacionais ou maus-tratos e negligência, ou outros

⁶¹⁶ ASSUMPTÃO JR., F. B. Aspectos psiquiátricos da criança escolar. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 26, n. 81, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000300012&lng=pt&nrm=iso>.

motivos graves) devem ser encaminhadas aos Conselhos Tutelares⁶¹⁷. É possível que os casos complexos de negligência e de maus-tratos recebam, do Conselho, encaminhamento judicial.

A avaliação dos fatores envolvidos

A preocupação da equipe de saúde com a criança e o adolescente deve ser maior com o bem estar mais do que com o desempenho escolar. É importante observar e compreender as formas com que a criança lida com pressões do cotidiano. Quanto menor é a criança, mais dependente é do grupo familiar, especialmente da mãe. É a mãe, geralmente, quem percebe os possíveis desvios no bem estar da criança. Com o tempo a escola passa também a desempenhar esse papel. Havendo a possibilidade de adoecer mentalmente, ou de apresentar algum transtorno, a família e a escola podem ajudar na detecção precoce, na busca de ajuda, na adesão ao tratamento e na busca de recursos comunitários que possam ser úteis eventualmente.

Os transtornos mentais na infância e na adolescência devem ser observados considerando-se⁶¹⁸:

- a) Fatores **predisponentes**: caracterizados pela vulnerabilidade biológica, características de personalidade, primeiras experiências, respostas ao estresse e influências socioculturais. Estes fatores são os mais difíceis de serem avaliados em ambiente escolar, uma vez que dependem do próprio crescimento e desenvolvimento anterior da criança;
- b) Fatores **precipitantes**: corresponde aos acontecimentos estressantes e aos estímulos que ocasionam respostas emocionais desprazerosas. Nesse âmbito, a escola, por sua importância no universo infantil, já passa a ter um papel fundamental na detecção e na manipulação desses eventos;
- c) Fatores **perpetuadores**: são os estressores permanentes, elementos temperamentais ligados a ansiedade, estímulos reforçadores de condutas inadequadas e influências familiares. Nesta esfera, a escola tem um papel que pode ser considerado fundamental;
- d) Fatores **protetores**: correspondendo aos atributos temperamentais de adaptabilidade, relações intrafamiliares adequadas, rede de irmãos e suporte comunitário positivo. Aqui, a escola pode fornecer parte desse suporte comunitário, constituindo-se assim em mais do que uma simples fornecedora de informações, em um ambiente favorecedor do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.

O desenvolvimento intelectual nos vários níveis de atenção

A atenção primária tem papel importante na prevenção e na detecção dos transtornos do desenvolvimento intelectual. Os retardos mentais são

⁶¹⁷ O Conselho Tutelar é órgão autônomo (representa a sociedade, não pertence ao poder municipal ou estadual), permanente (atende todos os dias, 24 horas, com plantão), não jurisdicional (não define guarda, não destitui poder familiar e não pertence ao Setor Judiciário), encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Trabalha embasado no Estatuto da Criança e do Adolescente.

⁶¹⁸ ASSUMPTÃO JR., Francisco B. Aspectos psiquiátricos da criança escolar. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 26, n. 81, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000300012&lng=pt&nrm=iso>.

vistos, pela primeira vez no SUS, como regra, em unidades básicas de saúde. À atenção primária cabe aplicar:

- a) Medidas **pré-natais** (planejamento familiar, aconselhamento genético, pré-natal, diagnóstico pré-natal);
- b) Medidas **peri-natais** (atendimento ao parto e ao recém-nato, "screening" neonatal, diagnóstico precoce);
- c) Medidas **pós-natais** (serviços de puericultura, diagnóstico precoce, estimulação sensório-motora).

Um retardo mental, ou uma suspeita, terá na atenção secundária a confirmação do diagnóstico, o tratamento biomédico e cirúrgico, o apoio à família, os procedimentos de estimulação, se necessários.

A atenção terciária intersetorial precisará se organizar para, futuramente, dar bom suporte educacional e profissionalizante, adequado à deficiência apresentada.

Transtornos específicos do desenvolvimento psicológico

As unidades básicas de saúde e os CAPS fazem o diagnóstico e descartam doenças que possam causar sintomas semelhantes ou agravar o quadro (diagnóstico diferencial). Encaminham para a área educacional, pois são as escolas que precisarão fazer abordagens específicas para cada distúrbio (dislexia, disgrafia, discalculia, déficit de atenção, hiperatividade, etc.).

Entre os motivos de consulta relacionados ao aprendizado está a dislexia, um transtorno do desenvolvimento específico, bastante comum.

Classificação das dislexias centrais e periféricas

Dislexias	Características clínicas	Características neuroanatômicas
Dislexia fonológica	Incapacidade de decodificação fonológica. Danos na via de conversão grafema-fonema. Dificuldades em tarefas de memória fonológica. Desempenho muito ruim na leitura de estímulos não-familiares e pseudopalavras (palavras não-reais).	Sabe-se muito pouco sobre as áreas neuroanatômicas essenciais para o funcionamento adequado do processamento perilexical, não havendo evidências de disfunções neuroanatômicas específicas.
Dislexia de superfície	Comprometimento da via lexical. Os estímulos são lidos através do processo fonológico (ex.: "tóxico" é lido "tóchico"), havendo uma incapacidade no tratamento ortográfico da informação.	Evidências de disfunção na região temporal média e pósterio-superior do hemisfério esquerdo.
Dislexia profunda	Bloqueio na via não-lexical. Ausência de leitura de não-palavras. Maior facilidade para leitura de palavras concretas e freqüentes.	Alguns autores relatam a ocorrência de lesões múltiplas no hemisfério esquerdo, e outros sugerem que existem habilidades de leitura residuais no hemisfério direito devido à extensa lesão em hemisfério dominante.
Dislexia atencional	Preservação da leitura de palavras isoladas. Dificuldades na leitura de vários itens quando apresentados simultaneamente.	Lesões no lobo parietal esquerdo.
Dislexia por negligência	Dificuldades na leitura no campo visual do lado contralateral ao da lesão cerebral.	Lesão na região da artéria cerebral média do hemisfério direito envolvendo lobos frontal, temporal e parietal.
Dislexia literal (pura)	Leitura letra por letra preservada.	Lesões occipitais inferiores extensas à esquerda.

Fonte: Schirmer et al., 2004.

Comorbidades psiquiátricas, dificuldades emocionais graves, problemas sociais e familiares complexos podem ser detectados e encaminhados a terapias (medicamentosas ou psicoterápicas) e a assistência educacional.

As crianças com dificuldade específicas de aprendizagem não devem ser chamadas de deficientes. Cabe à equipe de saúde explicitar isto às famílias, sempre que se faça necessário. As famílias devem vê-las como crianças normais que aprendem de uma forma diferente, em ritmo próprio.

A redução de léxico, a sintaxe desestruturada, as dificuldades para processar sons nas palavras, as dificuldades para lembrar sentenças ou histórias, ocorrem em dificuldades normais de aprendizagem, como ocorrem em decorrência de transtornos neuropsiquiátricos. Não é adequado inserir todas as crianças com um tipo de transtorno no mesmo grupo⁶¹⁹. É bom que elas convivam em meio à diversidade da população infantil.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE ABORDAGEM

No setor saúde, quando necessário, estas crianças e adolescentes são atendidos em unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), e demais serviços da rede.

A abordagem, contudo, depende de rede mais ampla, **intersetorial**, em que os encaminhamentos possam ser recebidos e haja troca de informações.

A Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina tem um Programa Pedagógico direcionado à qualificação do processo de ensino e aprendizagem dos educandos com deficiência, condutas típicas e altas habilidades, matriculados nas escolas da rede regular de ensino, em centros de atendimento educacional especializados ou em escolas especiais mantidas pelas Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE⁶²⁰.

Nas séries iniciais do ensino fundamental, o segundo professor, preferencialmente habilitado em educação especial, é uma ajuda importante para que o sistema educacional possa dar atenção individualizada aos alunos que dela necessitam.

O Serviço de Atendimento Educacional Especializado (SEAD) é uma atividade de caráter pedagógico, prestado por profissional da educação especial, voltado ao atendimento das especificidades dos alunos com deficiência, condutas típicas ou com altas habilidades, matriculados na rede regular de ensino.

Na rede de ensino há vários tipos de Serviços de Atendimento Educacional Especializados: para as áreas da deficiência auditiva, da deficiência mental, dos transtornos globais do desenvolvimento (pessoas no espectro autista), da surdocegueira, da paralisia cerebral, dos transtornos de atenção, hiperatividade e impulsividade, das altas habilidades e, por fim, a área que congrega mais de uma deficiência.

Nesta política se destacam o atendimento especial em classe, os serviços pedagógicos específicos (SPE), os serviços de atendimento específicos (SAESP), os serviços de atendimento alternativos (SAA) e os serviços de atendimento educacional especializados (SAEDE).

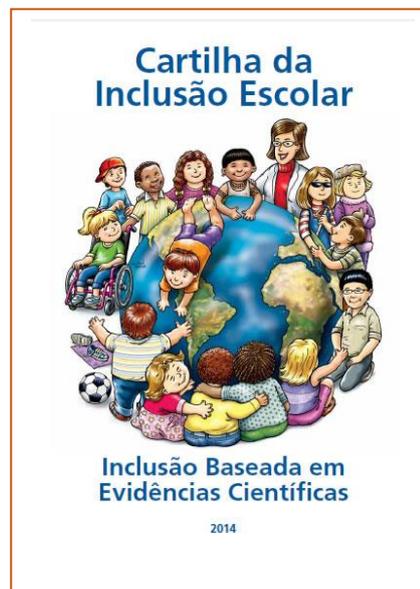
⁶¹⁹ DEUSCHLE, Vanessa Panda; DONICHT, Gabriele; PAULA, Giovana Romero. Distúrbios de aprendizagem: conceituação, etiologia e tratamento. **PPOL** Psicopedagogia on line. 23 mai 2006. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=841>>.

⁶²⁰ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Catarinense de Educação Especial. **Programa Pedagógico**. São José: FCEE, 2009. Disponível em: <<http://www.fcee.sc.gov.br/images/stories/programa.pdf>>.

O profissional que for trabalhar nesta área deve buscar conhecer a política estadual de educação especial, para entender como os casos são abordados na área pedagógica e as possibilidades de encaminhamento⁶²¹.

As recomendações inclusoras seguintes voltam-se ao conjunto desta rede intersetorial ampla, passando principalmente pelas escolas, mas eventualmente por órgãos de serviço social e de outros setores.

A maior parte dos itens baseia-se na Cartilha da Inclusão Escolar, da Comunidade Aprender Criança, criada por um grupo interdisciplinar de alta capacidade técnica⁶²², preocupado em preparar pedagogos e outros profissionais para atuarem segundo princípios das neurociências⁶²³.



5. RECOMENDAÇÕES INCLUSORAS

Sobre a fonoaudiologia

- 1) Os serviços de saúde, em várias situações, precisam ter locais para onde encaminhar crianças que precisem de assistência fonoaudiológica. As referências em fonoaudiologia devem ser municipais e podem estar ligadas a serviços escolares (dentro de escolas) ou a CAPS.
- 2) O fonoaudiólogo desempenha um importante papel na área educacional, no que se refere à prevenção e intervenção, não só nas alterações da linguagem oral, mas também, no desenvolvimento normal ou não da linguagem escrita⁶²⁴.
- 3) O fonoaudiólogo pode criar e planejar situações de uso da comunicação, selecionar a literatura que será oferecida aos alunos, considerando-se aspectos pragmáticos, gramaticais e semânticos, planejar e desenvolver situações que levem ao desenvolvimento das habilidades narrativas, criar situações visando desenvolver habilidades metalinguísticas, controle da saúde auditiva dos alunos, orientações sobre posturas comunicativas que são facilitadoras no processo de atenção e audição dos alunos.

⁶²¹ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Catarinense de Educação Especial. **Política de Educação Especial do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis: SEE, 2009. Disponível em: <http://concursofcee.fepese.org.br/?go=download&arquivo=peee_sc.pdf>

⁶²² COMUNIDADE APRENDER CRIANÇA. **Cartilha da Inclusão Escolar**: inclusão baseada em evidências científicas. Ribeirão Preto: Comunidade Aprender Criança, 2014. Disponível em:<http://www.institutoabcd.org.br/portal/arquivos/1409767743_cartilha_inclusao_escolar.pdf>.

⁶²³ PROJETO ATENÇÃO BRASIL. **Cartilha do Educador: educando com a ajuda das neurociências**. Ribeirão Preto: Projeto Atenção Brasil, 2010.

⁶²⁴ DEUSCHLE, V. P.; DONICHT, G.; PAULA, G. R. Distúrbios de aprendizagem: conceituação, etiologia e tratamento. **PPOL Psicopedagogia**, 23 mai 2006. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=841>>.

- 4) As atividades desenvolvidas na terapia fonoaudiológica podem enfatizar aspectos perceptuais e linguísticos envolvidos na dificuldade apresentada pela criança.

Sobre a inclusão social de crianças com deficiência intelectual

- 1) É importante que as equipes de saúde tenham uma noção do trabalho dos técnicos de outros setores com seus pacientes, trocando informações e se ajudando mutuamente.
- 2) O professor deve obter junto aos pais do aluno com deficiência intelectual informações fundamentais para a elaboração e implantação de um Plano de Desenvolvimento Individual. Estas informações, devem incluir interesses, preferências, habilidades e limitações em casa e na vida social, porque podem ser decisivas para o sucesso das intervenções de inclusão escolar.
- 3) Educar alunos com deficiência intelectual requer esforço consciente do professor na comunicação, dada a limitação do vocabulário e as dificuldades de linguagem expressiva e receptiva que podem apresentar. Um vocabulário acessível e explicações objetivas previnem interpretações equivocadas e facilitam a compreensão geral e específica da criança.
- 4) Educar alunos com deficiência intelectual requer paciência para enfrentar os desafios educacionais. A repetição de explicações e correção de comportamentos inadequados é quase sempre necessária.
- 5) A instrução passo a passo é muito importante para o aluno com deficiência intelectual, dividindo-se cada nova tarefa em pequenos passos, ajudando-o a identificá-los e corrigindo-se através de demonstração. A seguir, deixa-se-o tentar, por sua conta, cada passo e todos os passos na sequência, estruture e corrija até que alcance autonomia.
- 6) O uso de relógio, calendário e quadros referenciais com rotinas, alfabeto e números, por exemplo, podem auxiliar a organização (temporal e espacial) e memória (retenção e evocação).
- 7) Os trabalhos em sala de aula em duplas ou grupos são muito bem-vindos, como também atividades como ateliês, oficinas, música e teatro (dramatização).
- 8) O educador deve estimular o uso de diferentes recursos para a leitura e escrita como computador, letras móveis, lápis adaptados, jogos, etc.
- 9) Ensinar ao aluno com deficiência intelectual como corrigir ele próprio suas atividades.
- 10) O professor deve dar devolutiva (*feedback*) imediata permitindo que o aluno interprete rapidamente a adequação de suas respostas, perguntas ou comportamentos às informações transmitidas.
- 11) Na transmissão do conhecimento, o professor do aluno com deficiência intelectual deve ser o mais concreto possível, evitando abstrações.
- 12) Alunos com DI aprendem melhor quando a instrução é objetiva e concreta.
- 13) O uso de recursos audiovisuais e experiências práticas complementares, bem como a criação de elos entre os novos conhecimentos e os previamente adquiridos, são de grande utilidade nesse contexto.
- 14) O professor deve sempre priorizar estratégias que permitam ao aluno com deficiência intelectual desenvolver habilidades adaptativas fundamentais para sua autonomia e vida diária como: cuidados com a saúde, segurança e higiene

pessoal, conceitos básicos de cálculo, leitura, uso do dinheiro e habilidades sociais e profissionais.

- 15) Alunos com deficiência intelectual muitas vezes apresentam habilidades sociais limitadas, o que pode tornar difícil sua integração e interação adequada com seus pares e se envolver nas atividades sociais em curso na escola.
- 16) Com frequência podem ser alvos de *bullying*, o que de forma alguma pode ser tolerado.

Sobre a inclusão social de crianças do espectro autista

- 1) Os CAPS precisam se organizar para poder montar projetos terapêuticos individuais para pessoas do espectro autista, montando contatos com as escolas que os educam.
- 2) Cabe aos pais do aluno com transtorno do espectro autista a decisão de compartilhamento do diagnóstico com a equipe escolar e com a equipe de saúde, em qualquer serviço.
- 3) Cabe a eles também consentirem a menção do diagnóstico em documentos e indicar quais membros da comunidade escolar terá acesso ao mesmo.
- 4) A conscientização sobre os autismos são uma tarefa que as equipes de saúde mental podem desenvolver em conjunto com as equipes pedagógicas, das escolas.
- 5) Para o sucesso das intervenções de inclusão, o CAPS e a escola deve incentivar os pais a consentirem o compartilhamento do diagnóstico com todos os profissionais que trabalham diretamente com seu filho, nos vários ambientes sociais.
- 6) Antes do início do ano letivo, o professor deve definir os objetivos educacionais a serem alcançados, o tempo e suporte necessários, além de estabelecer critérios objetivos de avaliação. A equipe do CAPS pode participar com sugestões e relatórios de apoio.
- 7) Adequar o programa terapêutico do CAPS e o currículo escolar a partir do estilo cognitivo individual, preocupando-se com a estimulação das funções neuropsicológicas necessárias ao aprendizado eficiente. A adequação curricular não significa simples redução, mas a forma como o conteúdo é apresentado ao aluno em foco.
- 8) Identificar intolerância aos estímulos auditivos, bem como tempo de tolerância durante aprendizado em sala de aula.
- 9) Pessoas com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam exagerado apego a rotinas. Dessa forma, a equipe deve facilitar a previsibilidade da rotina usando preditores visuais como agendas ilustradas, calendários e sequência das atividades, indicando o que vai acontecer e em quais momentos.

Sobre a inclusão social de crianças com transtornos de déficit de atenção e hiperatividade

- 1) Na escola, o aluno deve ser colocado para sentar próximo à área onde o professor permanece o maior tempo e distante de outros locais que possam provocar distração (janela, porta, etc.) ou de colegas inquietos e desatentos.
- 2) O aluno deve ser colocado para sentar perto de alunos que possam colaborar.
- 3) Na medida do possível, o professor deve se posicionar próximo ao aluno

enquanto apresenta a matéria.

- 4) Na medida do possível, o professor deve dar assistência individual a este aluno, checando seu entendimento a cada passo da explicação e usando seu caderno para dar exemplos.
- 5) Um quadro bem visível com as rotinas e comportamentos desejáveis em sala de aula pode ser afixado próximo a esse aluno.
- 6) Somente o material necessário deverá ficar em cima da carteira. No caso de crianças pequenas vale a pena guardar seu material e fornecer somente o necessário.
- 7) Um aluno colaborador pode ser de grande valia na inclusão de alunos com TDAH. Sua atuação deve ser elaborada pelo professor tendo em vista as necessidades do aluno a ser incluído, suas habilidades, dificuldades e grau de autonomia. Entre as possíveis ações do aluno colaborador destacam-se o auxílio na motivação escolar, interação e inclusão no grupo social, aprimoramento das funções executivas (objetivar, planejar, organizar, iniciar, focar, perseverar, automonitorar, flexibilizar, inibir, regular e operacionalizar) e metacognitivas (estratégias de aprendizagem, ouvir, anotar, ler, compreender, redigir e pesquisar).
- 8) O professor deve tornar o processo de aprendizado o mais concreto e visual possível, as instruções devem ser curtas e objetivas.
- 9) O aluno deverá receber instrução de forma segmentada, seriada (evitando-se longas apresentações) e multissensorial, contemplando diferentes estilos de aprendizagem (visual, auditiva e cinestésica).
- 10) Se o aluno tem dificuldades para fixar através do aprendizado visual, utilizar recursos verbais, por exemplo, incentiva-lo a gravar as aulas para recordá-las em casa.
- 11) Quando possível utilizar cores vivas nos diferentes recursos visuais.
- 12) Se assegurar de que o aluno escutou e entendeu as explicações e instruções.
- 13) Manter na lousa apenas as informações necessárias para o tema.
- 14) Antes de iniciar uma nova matéria utilizar alguns minutos para recordar a matéria anterior. Desta forma criam-se elos entre os assuntos favorecendo a atenção e fixação das informações na memória.
- 15) O professor pode usar o recurso de colocar um do aluno durante a execução de atividades de sala de aula. Assim quando o aluno chegar às estrelas ele poderá avisar o professor, que passará a monitorar o seu progresso na atividade.
- 16) No livro, apostila, caderno ou provas, outros exercícios que não os executados pela criança devem ser encobertos com uma folha para que o aluno se ocupe com um exercício de cada vez.
- 17) Após uma pergunta, dar um tempo extra para reflexão.
- 18) As atividades em sala de aula e tarefas de casa do aluno com TDAH devem atender aos seguintes princípios:
- 19) Os grupos de trabalho são bem vindos, mas evitar que tenham número maior do que três alunos.
- 20) Designar responsabilidades e tornar o aluno com TDAH um ajudante de sala de aula. Essa providência pode ser muito útil para atenção, autoestima e inibição comportamental.

- 21) O aluno com TDAH deve receber as informações e executar suas tarefas em grau de dificuldade adequado para suas necessidades (sucesso alcançável).
- 22) Simplificar e dividir instruções complexas, tornando-as mais concretas e atreladas a conhecimentos prévios, relevantes e da vida diária do aluno.
- 23) Tempo mínimo (evitando que o aluno abandone a atividade antes de tentar finalizá-la) e tempo extra para a execução das atividades devem ser previamente estabelecidos pelo professor.
- 24) Coibir hábitos de multitarefas (executar várias tarefas ao mesmo tempo dividindo a atenção entre elas) em casa e na sala de aula.
- 25) O uso de recursos tecnológicos (computador, tablet, calculadora, corretor ortográfico, etc.) na realização das atividades de sala de aula e tarefas de casa pode ser de grande ajuda.
- 26) Os trabalhos de maior duração devem ser divididos em segmentos, podendo ser entregues em várias etapas.
- 27) Quando houver acesso à internet, o professor pode auxiliar o aluno enviando para ele anotações e resumos das aulas dadas, bem como lembrá-lo das tarefas de casa.
- 28) O aluno colaborador pode auxiliar o aluno com TDAH checando suas tarefas de casa e anotações de sala de aula.
- 29) As avaliações do aluno com TDAH devem atender aos seguintes princípios:
- 30) O professor deve priorizar o progresso individual do aluno com TDAH, tendo por base um Plano Educacional Individualizado e a valorização de aspectos qualitativos ao invés de quantitativos.
- 31) É recomendado que ao invés de poucas avaliações cobrando um grande conteúdo de informações, seja realizado maior número de avaliações com menor conteúdo de informações (segmentação).
- 32) Quando achar necessário, o professor pode ler as perguntas para o aluno, aplicar avaliação oral ao invés de escrita ou avaliações a serem realizadas em casa ao invés de na escola.
- 33) Na medida do possível permitir que o aluno faça suas avaliações em lugar com menos estímulos que possam comprometer sua atenção.
- 34) Tempo mínimo (evitando que o aluno abandone a avaliação antes de tentar finalizá-la) e tempo extra podem ser previamente estabelecidos pelo professor quando assim achar necessário.
- 35) O aluno deve poder consultar livros e outros recursos durante a realização das avaliações.
- 36) O aluno não deve ser avaliado pela sua caligrafia.
- 37) Para o melhor desenvolvimento da capacidade de organização do aluno com TDAH, os seguintes princípios devem ser seguidos:
- 38) O aluno deve poder levar para casa o material didático utilizado na escola.
- 39) Agenda ou fichário pode ser um bom instrumento para ajudar o aluno a se organizar. O professor deve pedir a ele para anotar os deveres e recados, bem como certificar-se de que ele o fez.
- 40) O professor deve manter os pais informados na frequência necessária para o aluno em questão (diária, semanal ou mensal).
- 41) Em casa, os pais devem auxiliar o professor no desenvolvimento das habilidades de organização da criança.

- 42) Através do consentimento dos pais do aluno colaborador, os pais do aluno com TDAH poderão com ele se comunicar para checar as tarefas e trabalhos de casa.
- 43) O aluno deve ser frequentemente informado sobre seu comportamento para desenvolver sua capacidade de automonitoramento.
- 44) O aluno deve fazer um “contrato” com o professor e os pais se comprometendo em reduzir os comportamentos inapropriados e de aumentar os apropriados. Correspondendo as regras do “contrato” receberá recompensas imediatas pelos comportamentos adequados e sucessos alcançáveis.
- 45) O professor pode usar sinais não verbais para o aluno manter a atenção na lição (como colocar a mão na sua carteira) evitando chamar a atenção de outros alunos.
- 46) O professor deve ajudar a criança nos momentos mais críticos como no trânsito de uma sala de aula para outra, na hora do recreio e das refeições.
- 47) Programar pausas e outras recompensas para atitudes adequadas, como se comportar bem e permanecer atento à aula. O importante é que essas recompensas não sejam distantes, ocorram em curto prazo.
- 48) O professor não deve enfatizar os fracassos do aluno com TDAH ou comparar seu desempenho ao de seus colegas.
- 49) Promover encorajamento verbal e motivação (“você consegue fazer isto!”).
- 50) O aluno deve ter uma pessoa de referência na escola para lhe oferecer apoio e acolhida em momentos críticos relacionados aos seus comportamentos e ou emoções.
- 51) O aluno deve receber elogios e oportunidades para desenvolver seus talentos e habilidades especiais.
- 52) O aluno deve ter a oportunidade de se mover mais frequentemente que os demais alunos da classe.
- 53) Os pais devem ser frequentemente informados pelo professor a respeito dos comportamentos do aluno.
- 54) O professor deve se reunir com o aluno toda semana, oferecendo a oportunidade dele verbalizar suas dificuldades, progressos, ansiedades, etc.

Sobre a inclusão da criança com dislexia

- 1) O CAPS e a escola precisam assegurar a comunicação permanente com os profissionais que atendem o aluno para definir os comprometimentos presentes no seu aluno com dislexia e quais as melhores medidas de suporte escolar que se aplicam ao caso. Isso permitirá estimular em sala de aula aspectos trabalhados na clínica, tornando o processo interventivo integrado e muito mais eficaz.
- 2) O professor deve colocar o aluno para sentar-se próximo a sua mesa e à lousa já que frequentemente acaba se distraindo com facilidade em decorrência de suas dificuldades e/ou desinteresse. Essa medida tende a favorecer também o diálogo, orientação e acompanhamento das atividades, além de fortalecer o vínculo afetivo entre eles.
- 3) O professor deve prover estimulação de competências metalinguísticas (consciência fonológica, consciência sintática, consciência morfológica e consciência metatextual) em crianças com atraso na aquisição e

desenvolvimento da linguagem oral, de risco para dislexia, desde a Educação Infantil até o 1º ciclo do Ensino Fundamental para desenvolver habilidades necessárias ao adequado aprendizado da leitura e escrita.

- 4) O professor deve dar informações curtas e espaçadas, pois alunos com Dislexia frequentemente apresentam dificuldades para guardar (reter) informações mais longas, o que prejudica a compreensão das tarefas. A linguagem também deve ser direta e objetiva, evitando colocações simbólicas, sofisticadas ou metafóricas.
- 5) O aluno com dislexia tende a lidar melhor com as partes do que com o todo (“ver a árvore, mas não conseguir ver a floresta”), portanto, deve ser auxiliado na dedução dos conceitos.
- 6) O professor deve utilizar elementos visuais (figuras, gráficos, vídeos, etc.) e táteis (como por exemplo, a utilização de alfabeto móvel, massinha, e outros) para que a entrada das informações possa ser beneficiada por outras vias sensoriais. Dessa forma, principalmente no período de alfabetização, o aluno pode compreender melhor a relação letra-som.
- 7) As aulas devem ser segmentadas com intervalos para exposição, discussão, síntese e/ou jogo pedagógico.
- 8) É equivocado insistir em exercícios de fixação, repetitivos e numerosos, isto não diminui a dificuldade dos alunos com dislexia.
- 9) O professor deve verificar sempre (e discretamente) se o aluno está demonstrando entender a explicação e se suas anotações estão corretas. Dê tempo suficiente para anotar as informações da lousa antes de apagá-las.
- 10) As atividades em sala de aula e tarefas de casa do aluno com dislexia devem atender aos seguintes princípios:
- 11) Professores de Educação Infantil devem desenvolver estratégias para estimulação de habilidades fonológicas (por exemplo, rima e aliteração) e auditivas (por exemplo, as crianças discriminarem sons fortes de sons fracos, altos e baixos, longos e curtos). Devem ser estimuladas as recontagens de histórias na oralidade, a fim de promover a organização temporal, coerência e planejamento da criança. Vale lembrar que as atividades devem ser sistematizadas, organizadas em graus de complexidade, conforme a idade e escolaridade. Assim, o professor pode promover, por exemplo, 20 minutos diários destas atividades estruturadas.
- 12) Levar em consideração que a velocidade da escrita do aluno com dislexia é mais lenta em razão de dificuldades de orientação e mapeamento espacial, entre outras razões.
- 13) Sempre que necessário, permitir o uso de tabuadas, material dourado e ábaco nas séries iniciais, e o uso de fórmulas, calculadora, gravador e outros recursos, nas séries mais avançadas.
- 14) Fornecer dicas, atalhos, regras mnemônicas e associações ajudam o aluno a lembrar-se das informações, executar atividades e resolver problemas.
- 15) Como opção para atividades de aprendizado complementar além da leitura, indicar filmes, documentários, peças de teatro, visita a museus, quadrinhos e, sobretudo, recursos digitais.
- 16) O professor deve priorizar o progresso individual do aluno com dislexia, tendo por base um Plano Educacional Individualizado e a valorização de aspectos qualitativos ao invés de quantitativos.
- 17) É recomendado que ao invés de poucas avaliações cobrando um grande conteúdo de informações, seja realizado maior número de avaliações com me-

nor conteúdo de informações (segmentação).

- 18) Dependendo de consenso com o aluno e seus pais, as avaliações podem ser realizadas junto à turma ou em separado. Quando em separado pode facilitar o aluno cuja leitura em voz alta auxilia sua compreensão. No entanto, lembrar que em alguns casos, essa pro- vidência pode criar estigmas.
- 19) Quando junto à turma recomenda-se que seja feita em dois tempos. Num primeiro momento, antes de iniciar, o professor deve ler a prova para todos os alunos, certificar-se de que o aluno disléxico compreendeu as questões e oferecer assistência frequente a ele. Em um segundo momento, em separado da turma, o professor deve corrigir a prova individualmente com o aluno, permitindo que respon- da oralmente as questões erradas. Mas é considerável a necessidade desse aluno fazer prova oral ou atividade que utilize diferentes expressões e linguagens.
- 20) Personalizar a avaliação com recursos gráficos que substituam palavras e textos auxilia muito o aluno com dislexia. Avaliações que contenham exclusivamente textos, sobretudo textos longos, devem ser evitadas nesses alunos.
- 21) Disponibilizar maior tempo para as avaliações conforme a necessidade do aluno nas habilidades de leitura e escrita.
- 22) Facilitar a compreensão dos enunciados utili- zando um menor número de palavras sem necessa- riamente comprometer o conteúdo.
- 23) Ao empregar questões de falso-verdadeiro evitar o uso da negativa e expressões absolutas, e construir as afirmações com bastante clareza e que incluam so- mente uma ideia em cada afirmação.
- 24) Empregar questões de associações apenas de um único assunto em cada questão e redigir cuidadosa- mente os itens para que o aluno não se atrapalhe com os mesmos.
- 25) Ao empregar questões de lacuna: usar no máximo uma em cada sentença; que a lacuna corresponda à palavra ou expressão significativa de um conceito primário e não a detalhes secundários; e conservar a terminologia usada no livro ou em aula.
- 26) Ao fazer correções ortográfi na produção da criança, pondere. Uma sugestão é fazer um acordo prévio das regras ortográfi que serão priorizadas (a cada mês, por exemplo), reconsiderando erros menos relevantes.
- 27) O aluno com Dislexia tem dificuldade para reconhecer e se orientar no espaço visual. Dessa forma, observar as direções da escrita (da esquerda para a direita e de cima para baixo) em todo o corpo da avaliação.
- 28) O professor deve tratar o aluno disléxico com naturalidade, com incentivo, valorizando seus acertos e estimulando sua perseverança e autoestima.
- 29) Cuidar para não expor esse aluno perante seus colegas em virtude de suas dificuldades, sobretudo de ler ou escrever em público.
- 30) Cuidar para que ele se integre na comunidade escolar não deixando que sua inaptidão para determi- nadas atividades escolares (provas em dupla, trabalhos em grupo, etc.) possa levar seus colegas a rejeitá-lo nessas ocasiões.
- 31) O aluno com Dislexia já tem dificuldades para automatizar o código linguístico da sua própria língua e isso se acentua em relação às línguas estrangeiras.
- 32) Não há receita para trabalhar com alunos com dislexia. O professor deve ter em mente que o planejamento deve ser individual, pois cada aluno terá necessidades distintas. De suma importância nesse processo é compartilhar

com a criança como serão conduzidas as atividades, isso a tornará mais segura em sala de aula e nas avaliações, melhorando seu desempenho e relação com os colegas.

Sobre a inclusão da criança com discalculia

- 1) O CAPS e a escola precisam assegurar a comunicação permanente com os profissionais que atendem o aluno para definir o tipo (verbal, de procedimento ou semântica), grau da discalculia que apresenta e as melhores medidas de suporte escolar que se aplicam ao caso. Isso permite estimular em sala de aula aspectos trabalhados na clínica, tornando o processo interventivo integrado e muito mais eficaz.
- 2) O professor deve colocar o aluno para sentar-se próximo a sua mesa e à lousa já que muito frequentemente acaba se distraindo com facilidade em decorrência de suas dificuldades e/ou desinteresse. Essa medida tende a favorecer também o diálogo, orientação e acompanhamento das atividades, além de fortalecer o vínculo afetivo entre ambos.
- 3) Intervenções que ajudam a inclusão de crianças com discalculia verbal (o aluno não sabe os fatos aritméticos, tabuadas):
- 4) Distinção entre recitar palavras numéricas e contar (palavras correspondem a conceito numérico), ordem e sequência dos números cardinais e ordinais, dias da semana, meses e estações do ano, entre outras.
- 5) Contar para trás ajuda a desenvolver também a habilidade de memória automática.
- 6) Desenvolvimento da estratégia de contagem em base decimal pela qual a criança pode realizar tarefas de adição e subtração envolvendo dez e uns.
- 7) Reforço da linguagem matemática ensinando palavras quantitativas, tais como mais, menos, igual, soma, juntos e diferentes.
- 8) Intervenções que ajudam a inclusão de crianças com discalculia de procedimento (o aluno não sabe como fazer a conta):
- 9) Eliminar situações de ansiedade em classe permitindo tempo extra para tarefas e avaliações. Evitar exercícios de fluência.
- 10) Falar em voz alta e reagrupar todas as estratégias.
- 11) Uso de papel quadriculado para alinhar contas.
- 12) Brincar com Matemática para ensinar fatos básicos.
- 13) Anexar tabuada na carteira e permitir manipulação durante resolução de problemas.
- 14) Ensinar contar salteado para aprender fatos de multiplicar.
- 15) Intervenções que ajudam a inclusão de crianças com discalculia semântica (o aluno não tem noção do que é maior e menor, longe e perto e plausibilidade da resposta, por exemplo: $48-34 = 97$):
- 16) Reforçar os padrões de habilidades básicas organizando objetos por tamanho e formas.
- 17) Estimular o aluno a explicar sua estratégia durante a resolução do problema para expandir suas opções de resolução.
- 18) Ensinar habilidades estimativas para permitir previsão da resposta.
- 19) Estimular o aluno a escrever uma sentença matemática a partir de uma

sentença verbal.

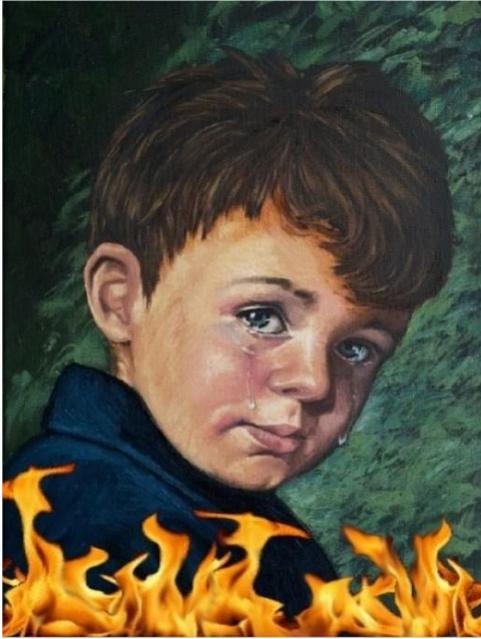
- 20) Construir respostas incorretas para os problemas auxiliando o aluno a discriminar a correta da incorreta.
- 21) Incorporar dinheiro e estratégias de medida para adicionar relevância.

Sobre a inclusão da criança com disgrafia

- 1) O CAPS e a escola precisam assegurar a comunicação permanente com os profissionais que atendem o aluno para definir o tipo e grau da disgrafia e as melhores medidas de suporte escolar que se aplicam ao caso. Isso permite estimular em sala de aula aspectos trabalhados no CAPS, tornando o processo interventivo integrado e muito mais eficiente.
- 2) O aluno com disgrafia tende a se beneficiar com o treinamento de escrita cinestésica, que é a escrita com os olhos fechados ou desviados. O trabalho deve sempre começar com as letras individualmente e depois o alfabeto que precisa ser praticado diariamente, muitas vezes por meses.
- 3) A inclusão do aluno com disgrafia deve promover modificações no ritmo, quantidade, complexidade, forma, instrumentos utilizados e avaliação das atividades escritas.
- 4) Permitir tempo extra para atividades escritas como tomar nota e copiar.
- 5) Permitir que o aluno inicie as atividades mais elaboradas com antecedência.
- 6) Incluir atividades na agenda do aluno como assistente da biblioteca ou auxiliar do escritório, período em que ele pode recuperar o atraso, se adiantar nos trabalhos escritos ou ainda realizar atividades alternativas relacionadas ao material a ser aprendido.
- 7) Incentivar a aprendizagem de habilidades de digitação para aumentar sua velocidade e legibilidade na escrita.
- 8) Fornecer textos com lacunas para serem preenchidas é outra estratégia útil para melhorar o ritmo desses alunos.
- 9) Ao invés de o aluno escrever um conjunto completo de notas, fornecer as ideias centrais para que ele complemente as informações com suas anotações.
- 10) Permitir que o aluno dite para alguém algumas tarefas ou respostas de avaliações. Treinar o escriba para escrever textualmente o que o aluno diz. Em seguida, permitir que o aluno faça as correções sem o auxílio do que escreveu.
- 11) Permitir abreviaturas, elas facilitam a velocidade na escrita desses alunos. Desenvolva com ele um repertório de abreviaturas em um caderno de notas de uso diário.
- 12) Reduzir a necessidade de cópia em atividades de sala de aula, tarefas de casa e avaliações.
- 13) Reduzir a quantidade de exercícios e questões, priorizar a qualidade.
- 14) Evitar a cópia da lousa, pois essa é uma atividade particularmente difícil para o aluno com disgrafia.
- 15) Estimular o uso de fichário que facilita a organização das folhas e pode ter um modelo de letras cursivas e letras bastão na capa.
- 16) Elaborar junto com o aluno um molde laminado com o formato desejado dos trabalhos escritos. Recorte no molde uma janela para o preenchimento do nome, data e título do trabalho. Faça os orifícios para encaixe no fichário. Esse

molde ajudará o aluno a pre- encher o cabeçalho e delimitar a área de escrita no início de cada tarefa escrita.

- 17) Dividir a atividade escrita em estágios ensinando o aluno a fazer o mesmo. Ensinar os estágios do processo da escrita (levantamento de ideias, rascunho, edição, revisão, etc.). Considerar essa etapa na avaliação do aluno dando pontos para cada estágio. Se o escrever é muito trabalhoso para ele, permitir que faça apenas algumas marcas de edição ao invés de reescrever tudo após a correção.
- 18) O aluno pode iniciar o rascunho no computador, copiá-lo para o papel e em seguida revisá-lo, o que também auxilia o professor em sua avaliação.
- 19) Incentivar o aluno a usar um corretor ortográfico e ter alguém para revisar seu trabalho.
- 20) Desenvolver projetos colaborativos entre os alunos onde cada um possa exercer funções específicas: elaborar as ideias, organizar as informações, redigir, revisar e ilustrar.
- 21) Em trabalhos de longo prazo, fornecer suporte extra e estabelecer data limite para cada etapa de realização, ao invés de um único prazo final. Ajudar o aluno a encontrar alguém que o acompanhe ao longo das diversas etapas não deixando que se atrase.
- 22) Permitir ao aluno com disgrafia o uso da letra cursiva. Para muitos, a escrita cursiva apresenta várias vantagens. Ela evita que o aluno tenha que retirar a caneta do papel e decidir em qual outro ponto recolocá-la letra após letra. Cada letra continua na seguinte a partir da linha de base, evitando erros potenciais e hesitação. A letra cursiva também apresenta poucas letras em espelho, algo tipicamente problemático para o aluno disgráfico. Ela também elimina o problema de espaçamento das palavras e dá à escrita um fluxo e ritmo que ajuda a melhorar o aprendizado. Na escrita cursiva letras comumente confundidas pelo disgráfico como b, d, p, e q são mais facilmente distinguidas.
- 23) Quanto aos instrumentos utilizados nas atividades escritas para o aluno com Disgrafia as seguintes modificações devem ser consideradas:
- 24) O professor deve colocar o aluno para sentar-se próximo a sua mesa e à lousa já que frequentemente acaba se distraindo com facilidade em decorrência de suas dificuldades e/ou desinteresse. Essa medida tende a favorecer também o diálogo, orientação e acompanhamento das atividades, além de fortalecer o vínculo afetivo entre eles.
- 25) O professor deve prover estimulação de competências metalinguísticas (consciência fonológica, consciência sintática, consciência morfológica e consciência metatextual) em crianças com atraso na aquisição e desenvolvimento da linguagem oral, de risco para dislexia, desde a Educação Infantil até o 1º ciclo do Ensino Fundamental para desenvolver habilidades necessárias ao adequado aprendizado da leitura e escrita.



Versão de menino chorando de Bruno Amadio (Giovanni Bragolin), queimando.

Transtornos hipercinéticos e déficit de atenção

Protocolo clínico

Alan Indio Serrano
Marina Menezes
Plínio Augusto Freitas Silveira
Guilherme Mello Vieira
Stella Maris Brum Lopes
Anna Paula G. Macarini

e Grupo Consultores do QualisUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Os transtornos hipercinéticos, ditos transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), constituem um grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras do que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias podem incluir desde a perda de autoestima até um comportamento com tendências dissociais.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F90 Transtornos hipercinéticos

Exclui: esquizofrenia (F20.-), transtornos ansiosos (F41.-), transtornos globais do desenvolvimento (F84.-), transtornos do humor [afetivos] (F30-F39).

F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção

Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade
Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade
Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção

F90.1 Transtorno hipercinético de conduta

Transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta

F90.8 Outros transtornos hipercinéticos

F90.9 Transtorno hipercinético não especificado

Reação hipercinética da infância ou da adolescência sem outra especificação
Síndrome hipercinética sem outra especificação

F98.8 Outros transtornos comportamentais e emocionais especificados com início habitualmente na infância ou adolescência

Déficit de atenção sem hiperatividade

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico, feito pela anamnese e pelo exame das funções psíquicas. Não há exames laboratoriais, de imagens cerebrais ou testes psicológicos que possam definir se uma pessoa se enquadra ou não nos critérios da CID-10 ou do DSM-5 para os transtornos hipercinéticos e de atenção.

Existem dois principais conjuntos de critérios diagnósticos de uso corrente para os transtornos infantis hipercinéticos, com hipoprosexia⁶²⁵ ou com pseudoprosexia: um com base na 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde, e outro nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), da Associação Psiquiátrica Norte-Americana. O ideal, neste tipo de quadro, é trabalhar com as duas classificações, simultaneamente.

De modo simplificado, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade do DSM é composto por três características básicas: a dificuldade de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. O transtorno inclui, pois, três subtipos:

- a) um subtipo combinado em que todos os três sinais indispensáveis ao diagnóstico estão presentes (hiperatividade, desatenção e impulsividade);
- b) um subtipo com predominância de desatenção, com pouca hiperatividade ou impulsividade;
- c) um subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo no qual a hiperatividade e a impulsividade existem, mas não a desatenção.

Ao contato com uma criança ou um adolescente suspeito de ter sintomas do transtorno, a primeira questão a ser examinada pelo especialista é a da **frequência** dos sintomas, como explica Rohde (2004), em artigo seminal sobre o tema:

Os sistemas classificatórios modernos (DSM e CID) enfatizam a necessidade de que cada sintoma do TDAH ocorra frequentemente

⁶²⁵ A hipoprosexia, também denominada distração ou labilidade da atenção é uma alteração frequente mas, como regra, pouco patológica. Representa uma constante flutuação da atenção, que passa de um objeto a outro sem que a pessoa se possa fixar especificamente em um deles. A pseudoprosexia consiste em um déficit aparente de atenção quando a pessoa está concentrada e focalizada em outro aspecto diferente do que supostamente deveria ser o foco. Na pseudoprosexia não deixa de existir, portanto, a capacidade de focalizar a atenção, mas o sujeito se concentra em um determinado tema e se desliga dos demais estímulos.

para que seja considerado positivo. Isso é de extrema importância tratando-se de um transtorno dimensional, já que boa parte da população apresentará os mesmos sintomas numa frequência mais baixa. Entretanto, os sistemas classificatórios não operacionalizam a definição de “frequentemente”. Dependendo de **onde o clínico colocar o ponto de corte** para definir o sintoma como freqüente, ele terá mais ou menos indivíduos incluídos na categoria diagnóstica. Então, como operacionalizar essa definição de uma forma que as famílias possam entender? Embora não haja **nem consenso, nem pesquisa** empírica sobre a questão, utilizamos a definição de que **o sintoma deve ocorrer mais vezes do que não ocorrer** na situação pesquisada. Por exemplo, ao investigarmos com os pais se a criança erra por descuido nas tarefas escolares em casa, em primeiro lugar, definimos quantas vezes por semana a criança faz tarefas escolares em casa (por exemplo, cinco vezes por semana). Após isso, investigamos o número de vezes em que esses erros por descuido acontecem. No exemplo citado, se acontecerem mais vezes do que não acontecerem quando a criança senta para fazer as tarefas (três vezes por semana), consideramos o sintoma freqüente⁶²⁶. (Grifos nossos).

Outra questão é a da **duração** dos sintomas de desatenção ou de hiperatividade e de impulsividade. Normalmente, as crianças com TDAH apresentam uma história de vida **desde a idade pré-escolar** com a presença de sintomas ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia.

A presença de sintomas de desatenção com hiperatividade e impulsividade por curtos períodos (dois a três meses), iniciados claramente após um desencadeante psicossocial (por exemplo, a separação dos pais) deve alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade sejam sintomas de outro quadro, e **não** de TDAH.

É importante que a **persistência dos sintomas**, em vários locais e ao longo do tempo, seja avaliada. Os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade precisam ocorrer **em vários ambientes** da vida da criança (por exemplo, escola e casa):

Estes sintomas precisam se manter **constantes** ao longo do período avaliado. Sintomas que ocorrem apenas em casa ou somente na escola devem alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade possam ser apenas sintomas de uma situação familiar caótica ou de um sistema de ensino inadequado. Da mesma forma, flutuações de sintomatologia com **períodos assintomáticos não são** características do TDAH⁶²⁷.

Na CID-10 convencionou-se que sejam necessários seis sintomas de desatenção, três de hiperatividade e um de impulsividade. Também no DSM-IV havia exigências deste tipo⁶²⁸, além de considerar que os sintomas precisavam ter aparecido já antes de 7 anos de idade, mantendo desde então.

No DSM-V foi definido um número mínimo de sintomas como necessários para o diagnóstico: seis sintomas de desatenção com duração mínima de

⁶²⁶ ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Vol. 31, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n3/124.html>>.

⁶²⁷ Id., *ibid.*

⁶²⁸ ROHDE, L.A.; BIEDERMAN, J.; KNIJNIK, M.P.; KETZER, C.R.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; PINZON, V. Exploring DSM-IV ADHD Number of Symptoms Criterion: Preliminary Findings in Adolescents. **Infanto** 6: 114-8, 1998. Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_06_3/in_17_05.pdf>.

6 meses e 6 sintomas de hiperatividade ou de impulsividade com duração mínima de 6 meses. Os sintomas são os seguintes:

A. Desatenção:

- 1) Dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho;
- 2) Dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- 3) Parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- 4) Não seguir instruções;
- 5) Não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais;
- 6) Dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- 7) Evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante;
- 8) Perder coisas necessárias para tarefas ou atividades;
- 9) Distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias.

B. Hiperatividade:

- 1) Agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira;
- 2) Abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- 3) Correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado;
- 4) Dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- 5) Estar freqüentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo o vapor”;
- 6) Falar em demasia.

C. Impulsividade:

- 1) Frequentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas;
- 2) Com frequência ter dificuldade em esperar a sua vez;
- 3) Frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros.

A estes sintomas somam-se outros critérios, que devem também estar presentes:

- 1) Alguns sintomas de hiperatividade e impulsividade ou desatenção que causam prejuízo devem estar presentes antes dos 12 anos de idade.
- 2) Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola, trabalho e em casa, por exemplo).
- 3) Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- 4) Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhores explicados por outro transtorno mental.

Para traduzir tais critérios à codificação pela CID-10 observa-se se há desatenção sem traços hiperativos, registrando-se o caso, então, como F98.8 (outro transtorno emocional e de comportamento especificado ocorrendo na infância e adolescência, tipo transtorno de déficit de atenção sem hiperatividade).

Se os sintomas forem combinados (de atenção somados a hiperatividade ou impulsividade), ou se forem predominantemente de hiperatividade ou impulsividade, o registro é F90.0 (perturbação da atividade e atenção).

Se for hiperativo associado a distúrbios de conduta antissocial, agressiva ou desafiadora, é F90.1 (transtorno de conduta hipercinética).

Um diagnóstico psicológico mal feito, sobre as reações corporais da criança a outras condições psíquicas (ansiedade, depressão, desajuste

situacional momentâneo, transtorno obsessivo-compulsivo, psicose, síndrome de Gilles de la Tourette, etc.), uma avaliação singela e simplificada, ou a precipitação para concluir o diagnóstico podem gerar **falsos positivos**.

O construto do transtorno **não é categorial**: não há sinais ou sintomas próprios ou específicos do quadro, que não existam na população normal. O construto é dimensional: os sinais e sintomas, em dimensões pequenas, podem existir em qualquer pessoa, em toda a população. **Só constituem transtorno quando em dimensões grandes**, mostrando-se exageradas em relação ao normal estatístico, e com graves prejuízos⁶²⁹.

O TDAH é um tema interdisciplinar, exigindo abordagens de amplitude intersetorial. Sua legitimação se dá,

normalmente aos diagnósticos médicos e psiquiátricos, porém, é um produto de circunstâncias históricas e sociais, internas e **externas** ao campo médico, que ocupa um espaço configurado pelo traço biológico, cerebral, epidemiológico, mas também moral, social e existencial⁶³⁰.

Portanto, o TDAH não deve ser reduzido apenas à existência biológica e medicamentosa. Deve ser associado, como um todo, aos seus aspectos individuais, econômicos, morais, e às expectativas da família e da sociedade (muitas vezes exageradas e intolerantes com as características pessoais).

Acima de tudo, os profissionais de vários setores precisam, ao contato com o tema, esforçarem-se para aceitar que nem tudo o que foge do normal e do desejável pode ser resolvido na forma de problema médico, patológico. Diante de uma população vasta e heterogênea que chega às escolas, precisarão adaptar sua metodologia⁶³¹. É muito comum que pedagogos, assistente sociais e operadores do Direito se seduzam com a possibilidade de explicar a desatenção normal (não patológica) através de uma linguagem médica, e facilitem a ampliação do tema do mau aproveitamento escolar para além de suas fronteiras, medicalizando, psicologizando e farmacologizando. No cotidiano do sistema escolar poderá ser

mais fácil rotular uma criança inquieta de “hiperativa” do que admitir que os recursos educacionais usados não estão sendo adequados aquele aluno. Seguindo esse mesmo raciocínio, é dito, ainda, que a maioria dos alunos faz parte dos “falsos hiperativos”, que são crianças que não se adaptam ao esquema escolar e que se

⁶²⁹ Diz o pesquisador Prof. Luiz Augusto Rohde: “essa questão assume uma importância ainda maior. Por exemplo, em uma investigação para determinar a prevalência do transtorno em 1.013 escolares de 12 a 14 anos da rede estadual de Porto Alegre, documentaram que 30,5% dos adolescentes com frequência distraíam-se facilmente por estímulos estranhos à tarefa que estavam realizando e que 31,3% eram freqüentemente inquietos com as mãos, os pés, ou mesmo se retorciam na cadeira. Portanto, sintomas isolados de TDAH, ou combinações de dois ou três sintomas, mesmo que acontecendo freqüentemente, têm pouco valor diagnóstico” (In: Id., *ibid.*). Vide: ROHDE, L.A., et al. ADHD in a School Sample of Brazilian Adolescents: a Study of Prevalence, Comorbid Conditions and Impairments. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 6: 716-22, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10361790>>.

⁶³⁰ DOMINGUES, L.; ZANCANELLA, S.; BASEGGIO, D. B. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: um olhar voltado para a escola. **Barbaroi**, n. 39, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200007&lng=pt&nrm=iso>.

⁶³¹ SENO, M. P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem?. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 27, n. 84, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862010000300003&lng=pt&nrm=iso>.

comportam como hiperativas sem ter disfunção bioquímica. Ou seja, hiperativos construídos pela história educacional⁶³².

Questionários e escalas a serem preenchidas pelos pais ou pelos professores são polêmicos e duvidosos. Não há evidências científicas de que este tipo de questionário possa, efetivamente, auxiliar na montagem de um diagnóstico. Os profissionais de saúde devem, pois, desencorajar que as escolas se utilizem de tais questionários ou de outros métodos de *screening* para buscarem definir crianças desatentas ou hiperativas.

Contudo, a escala de problemas de atenção da lista de comportamentos infantis CBCL (*Child Behavior Checklist*)^{633, 634}, pode ser uma informação adjuvante ao médico que fará o diagnóstico clínico, especialmente para os transtornos do tipo combinado, mas são contingentes e não devem ser interpretadas como métodos para garantir ou validar diagnósticos, pois dão falsos positivos muito frequentes em ambientes culturais sul brasileiros.

Os questionários experimentais denominados SNAP-IV⁶³⁵ e *Adult Self-Report Scale*⁶³⁶ não estão validados para uso no Brasil e são de uso altamente polêmico. Não devem, portanto, ser utilizados, exceto em ambientes acadêmicos de investigação, seguindo-se as regras de pesquisa em seres humanos voluntários. Sofrem críticas severas ao serem empregados no cotidiano da clínica⁶³⁷.

Em que pese o fato de o transtorno provir de fatores biológicos e não apenas culturais, os fatores culturais atuam como importantes definidores e confundidores. Há inconsistências nas medidas epidemiológicas de prevalência, por falta de ponto de corte e até segundo a forma de classificar. Estimativas de prevalência no Brasil variam incongruentemente, de 0,9% a 26,8%⁶³⁸. No sul do Brasil há cálculos de que 5,8% das crianças sejam suspeitas de sofrerem sintomas

⁶³² MESQUITA, R. C. **A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção de uma resposta educacional?** [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

⁶³³ LAMPERT, T.L. **Avaliação da acurácia diagnóstica** da escala de problemas de atenção do inventário de comportamentos da infância e adolescência (CBCL) para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. [Dissert. Mestrado. Orient: L.A. Rhode]. Porto Alegre: UFRGS, 2002. <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7084/000494873.pdf?sequence=1>>.

⁶³⁴ ROESSNER, V., et al. A cross-cultural comparison between samples of Brazilian and German children with ADHD/HD using the Child Behavior Checklist. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**. 2007 Sep;257(6):352-9. Epub 2007 Jul 14. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17629732>>.

⁶³⁵ MATTOS, P. et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300008&lng=en&nrm=iso>.

⁶³⁶ MATTOS, P. et al. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000400004&lng=pt&nrm=iso>.

⁶³⁷ COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos. ed. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

⁶³⁸ BRATS. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Ano VIII nº 23, março de 2014. Disponível em: <<http://200.214.130.94/rebrats/publicacoes/brats23.pdf>>.

relacionados ao transtorno, se forem usados critérios do DSM-IV, mas se forem usados critérios da CID-10, esta prevalência cai para 1,5%⁶³⁹.

Uma inconsistência estatística desta magnitude mostra o quanto o profissional precisa manter um julgamento crítico e uma visão diagnóstica ampla. Precisa avaliar possíveis diagnósticos diferenciais e considerar as tendências a exageros e à medicalização, por parte da escola e da família, sem cair em reducionismos fáceis e sem pressa para classificar.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades básicas de saúde (UBS) são pontos onde pode ser feito diagnóstico diferencial. Cabe ao médico definir se o comportamento não é derivado de alguma doença, ou de outro transtorno.

Os casos de maior dificuldade diagnóstica devem ser encaminhados a centros de atenção psicossocial (CAPS) ou a ambulatórios de saúde mental especializados.

Os CAPS, tipos I e II, e os CAPS i (voltados à clientela infanto-juvenil) podem montar programas específicos de apoio a pacientes com transtornos hiper-cinéticos e a seus familiares. O atendimento em serviços de saúde, contudo, é parcial e limitado, pois depende de rede mais ampla, intersetorial, passando pelas escolas e, quando necessário, por órgãos de serviço social.

A Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina tem um Programa Pedagógico direcionado à qualificação do processo de ensino e aprendizagem dos educandos com condutas típicas e dificuldades de aprendizado⁶⁴⁰. Nas séries iniciais do ensino fundamental, muitas escolas mantêm um segundo professor, muitas vezes habilitado em educação especial, para dar apoio aos estudantes que tenham necessidades especiais. O Serviço de Atendimento Educacional Especializado (SEAE) é uma atividade de caráter pedagógico, prestado por profissional da educação especial, dentro de algumas escolas regulares, voltado ao atendimento das especificidades dos alunos matriculados na rede de ensino. O apoio pedagógico é importante para a inclusão e o desenvolvimento da pessoa hiper-cinética.

5. TRATAMENTO

Terapia medicamentosa associada a procedimentos psicoterápicos e pedagógicos

Em caso de o psiquiatra considerar o uso de medicamento para o uma criança hiperativa, deverá fazer não só um completo exame das funções psíquicas, como também um exame geral. O eletrocardiograma é interessante, logo ao início do tratamento. O médico deve incluir a avaliação de outras afecções que podem coexistir com o TDAH.

⁶³⁹ RHODE, L.A., et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? **Biol Psychiatry**. 2005 Jun 1;57(11):1436-41.

⁶⁴⁰ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Catarinense de Educação Especial. **Programa Pedagógico**. São José: FCEE, 2009. Disponível em: <<http://www.fcee.sc.gov.br/images/stories/programa.pdf>>.

A diretriz terapêutica britânica⁶⁴¹ recomenda que para crianças em idade escolar e adolescentes com TDAH grave, o tratamento farmacológico seja oferecido apenas depois de feita uma avaliação adequada. O uso de fármacos, nestes casos, devem sempre fazer parte de um plano de tratamento abrangente que inclui intervenções psicológicas, de comportamento, educacionais e de aconselhamento. Boa nutrição e exercícios regulares são recomendáveis.

É importante que o médico procure possíveis relações entre alimentos ou bebidas e o comportamento hiperativo. Sendo encontrada uma relação, o caso deve ser referido a um nutricionista. Não há comprovação científica, contudo, de que os corantes artificiais influem no comportamento da criança, como muitos têm acreditado. Em caso de haver, no CAPS, programas de treinamento para pais, os genitores de crianças hiperativas podem frequentá-lo mesmo se a criança é pré-escolar.

A diretriz da Academia Americana de Pediatria prega que o tratamento do TDAH vai depender da idade do paciente⁶⁴²:

a) para pré-escolares (4-5 anos) o tratamento de primeira escolha deve ter como base as terapias de comportamento administradas por pais ou professores (ou ambos), fundamentadas por provas científicas;

b) para crianças de 6 a 11 anos, deve-se prescrever fármacos aprovados para o tratamento do TDAH ou terapias de comportamento administradas por pais ou professores, ou, preferencialmente, por ambos;

c) para adolescentes (12-18 anos) deve-se prescrever fármacos aprovados para o tratamento do TDAH e pode-se recomendar terapias de comportamento administradas por pais ou professores, preferentemente por ambos.

A diretriz terapêutica canadense (pela Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance, CADDRA), de 2011, aconselha que aspectos sociais, emocionais, de comportamento e escolares da vida da criança sejam abordados, de forma multimodal⁶⁴³.

Em CAPS, envolvendo psicólogos, fonoaudiólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, há necessidade de realizar estudos mais aprofundados acerca dos grupos multidisciplinares para a montagem de programas de abordagem e tratamento para pessoas com TDAH⁶⁴⁴.

⁶⁴¹ NICE. **Attention deficit hyperactivity disorder**: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. NICE guidelines [CG72]. Londres: NHS, NICE, 2008, atualizado em março 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg72>>.

⁶⁴² AAP. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. **Pediatrics**, 2011;128(5):1007-22. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/14/peds.2011-2654.full.pdf+html>>.

⁶⁴³ CADDRA, Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance. **Canadian ADHD Practice Guidelines** (CAP-Guidelines). 3.ed. Ontário: CADDRA, 2011. Disponível em: <<http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf>>.

⁶⁴⁴ MISSAWA, D. D. A.; ROSSETTI, C. B. Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. **Constr. psicopedag.**, São Paulo, v. 22, n. 23, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542014000100007&lng=pt&nrm=iso>.

O treinamento parental vem sendo bastante aplicado, aparentemente com melhoras no comportamento da criança e na ansiedade dos pais⁶⁴⁵.

Uma terapia comportamental opcional, envolvendo os pais e os professores, engloba o treinamento com um profissional habilitado, objetivando a discussão familiar sobre o transtorno, os problemas de comportamento das crianças e as dificuldades nas relações familiares⁶⁴⁶. Alguns programas intersetoriais poderão ser montados para ajudar os pais a lidar melhor com essa condição. Tais programas visariam treinar a criança para o desenvolvimento de habilidades sociais, por meio de técnicas sobre como ajustar seu comportamento em circunstâncias variadas, de interação em ambientes sociais. Há evidências de que este treino das crianças, por si, se não for integrado a um contexto mais amplo, tem pouca utilidade^{647, 648}.

Além dos limites do serviço de saúde, englobando intervenções psicoterápicas e farmacológicas, a abordagem precisa ser múltipla e intersetorial, com a participação de agentes sociais como pais, outros familiares, educadores, profissionais de saúde, além da própria criança^{649, 650}. O serviço de saúde pode orientar os profissionais da educação, no sentido de melhorar sua visão de que o problema é apenas uma falha na saúde mental do aluno⁶⁵¹, levando as escolas a assumir diferenças individuais e melhorar suas habilidades no manejo de pessoas com necessidades escolares especiais⁶⁵².

Os medicamentos de primeira escolha são os estimulantes do sistema nervoso central. Paradoxalmente eles estimulam áreas depressoras,

⁶⁴⁵ ZWI, M.; JONES, H.; THORGAARD, C.; YORK, A.; DENNIS, J.A. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 12. Art. No.: CD003018. DOI: 10.1002/14651858.CD003018.pub3.

⁶⁴⁶ AAP. American Academy of Pediatrics. **Implementing the Key Action Statements: An Algorithm and Explanation for Process of Care for the Evaluation, Diagnosis, Treatment, and Monitoring of ADHD in Children and Adolescents**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html>>.

⁶⁴⁷ STOREBO, O. J.; GLUUD, C.; WINKEL, P.; SIMONSEN, E. Social-Skills and Parental Training plus Standard Treatment versus Standard Treatment for Children with ADHA – The Randomised SOSTRA Trial. **PLOS ONE**, jun. 2012, 7(6): e 37280. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0037280>>.

⁶⁴⁸ MTA Cooperative Group. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. **Arch Gen Psychiatry**. 1999;56(12):1073-1086. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=205525>>.

⁶⁴⁹ SANTOS, L. F.; VASCONCELOS, L. A. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000400015&lng=en&nrm=iso>.

⁶⁵⁰ DESIDERIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M.C. O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 11, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso>.

⁶⁵¹ MOURA, F. A. G. C. “Sapeca”, “danado”, “abobadinho”, “distante”: considerações antropológicas sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade a partir de entrevistas com professoras de Florianópolis, Santa Catarina. [TCC Ciências Sociais. Or.: Sônia Maluf]. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/122310/TCL%20FernandoMoura%20finalA5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

⁶⁵² DUPAUL G. J. STONER, G. **TDAH nas escolas: estratégias de avaliação e intervenção**. São Paulo: M Books, 2007.

melhorando o comportamento. O tratamento clássico, desde os anos de 1960, é feito com tricíclicos, como a imipramina, a nortriptilina, a clomipramina e a amitriptilina. Mais de 155 estudos entre 1986 e 1996 apontam a eficácia de estimulantes no TDAH, dos quais 25 referem-se detalhadamente aos psicoanalépticos tricíclicos^{653, 654}, em especial à imipramina. A maioria dos estudos restringe-se a crianças em idade escolar. A amitriptilina tem histórico de uso mundial no TDAH⁶⁵⁵. No Brasil é usada pelo SUS, há anos⁶⁵⁶. O efeito colateral dos tricíclicos mais frequentemente encontrado é um aumento na sonolência em algumas horas do dia, sem prejudicar a atenção das crianças.

Fármacos tradicionais úteis no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Medicamento	Dose inicial	Dose usual	Observações
Imipramina	1 mg/kg/dia, estabilizando em 2 a 5 mg/kg/dia, somente para crianças com mais de 5 anos de idade	4 mg/kg ou 200 mg	ECG antes do uso. Fazer avaliação cardiológica.
Amitriptilina	1,6 mg/kg/dia, somente em crianças maiores de 12 anos (adolescentes)	12,5 a 50 mg/dia	ECG antes do uso. Fazer avaliação cardiológica.
Nortriptilina	0,5 mg/kg/dia	2 mg/kg ou 100 mg	ECG antes do uso. Fazer avaliação cardiológica.
Bupropiona	3 mg/kg/dia mg/dia, estabilizando em 1,5 mg/kg/dia a 6 mg/kg/dia, divididos em 2 a 3 tomadas por dia.	6 mg/kg ou 300mg/dia	Baixa o limiar de convulsão.
Clonidina	<45 kg: 0,05mg antes de dormir, aumentar a cada 0,05mg (2,3 a 4 vezes/dia); >45 kg: 0,1mg antes de dormir, aumentar a cada 0.1mg (2,3 a 4 vezes/dia); Aumento gradual por 1 a 2 semanas. Geralmente as doses são estabilizadas em 0,03 mg/kg/dia e 0,05 mg/kg/dia	27 a 40.5 kg: 0,2 mg; 40.5 a 45 kg: 0.3 mg; >45 kg: 0.4 mg	Sozinho ou como adjuvante a outra medicação. Efetivo para impulsividade e hiperatividade. Útil em casos de distúrbios do sono e piora de tiques com o uso de estimulantes. Monitorar PA e FC.

É prudente, no uso de imipramina, fazer um eletrocardiograma no início e outro seis meses depois⁶⁵⁷. A imipramina pode ser receitada em dosagem diária, inicial, para crianças com idade entre 7 e 8 anos: 2 a 3 drágeas de 10 mg. Para

⁶⁵³ SPENCER, T.; BIEDERMAN, J.; WILENS, T.; HARDING, M.; O'DONNELL, D.; GRIFFIN, S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1996;35(4):409-28. Disponível em: <<http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2809%2963512-7/pdf>>.

⁶⁵⁴ ROHDE, L.A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000600003&lng=en&nrm=iso>.

⁶⁵⁵ YEPES, L.E.; BALK, E.B.; WINSBERG, B.G.; BIALER, I. Amitriptyline and methylphenidate treatment of behaviorally disordered children. **J Child Psychol Psychiatry**, 1977;18: 39-52.

⁶⁵⁶ GUARDIOLA, A. et al. Uso de amitriptilina na síndrome de hiperatividade com déficit de atenção. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 57, n. 3A, p. 599-605, Sept. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000400010&lng=en&nrm=iso>.

⁶⁵⁷ CLARKE, A. R. et al. Effects of imipramine hydrochloride on the EEG of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder who are non-responsive to stimulants. **Int J Psychophysiol**. 2008 Jun;68(3):186-92. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2008.01.007. Epub 2008 Feb 1. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18304665>>.

crianças entre 9 e 12 anos: 1 a 2 drágeas de 25 mg. Em crianças com mais de 12 anos de idade: 1 a 3 drágeas de 25 mg. É mais prudente, contudo, fazer-se o cálculo da dose segundo o peso da criança, conforme a tabela.

A bupropiona, um inibidor da recaptação da dopamina e da noradrenalina, tem também bons efeitos⁶⁵⁸. A clonidina demonstrou, da mesma forma, efeitos positivos⁶⁵⁹.

A cafeína tem se mostrado, há décadas, um bom modulador da cognição e, em especial, da atenção, com largo uso no déficit de atenção e na hiperatividade⁶⁶⁰. Poucos são os estudos que aprofundam o tema, mas sua consideração como forma de terapia, manipulada em farmácias magistrais, ou pelo uso simples do café em xícaras, tem sido reclamada⁶⁶¹.

Casos que não respondam bem a estas medicações devem ser reavaliadas por médico com experiência em psiquiatria da infância e da juventude. O metilfenidato pode ser uma boa indicação em tais casos⁶⁶². Apesar de o metilfenidato poder causar efeitos colaterais importantes, como o óbito por causas cardíacas súbitas, não é comum ocorrerem efeitos colaterais sérios⁶⁶³. Ocorrem, contudo, diversos efeitos adversos não sérios em 29% das crianças que utilizam o fármaco⁶⁶⁴. Diversos vieses, com risco de confundimento (bias) nas pesquisas, também são apontados como fatores que dificultam a indicação clara do metilfenidato como medicamento seguro e eficaz⁶⁶⁵.

As prefeituras municipais que quiserem, opcionalmente, colocar o metilfenidato em sua Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) deverão estabelecer regras, segundo as sugestões contidas no Anexo ao final deste protocolo, pois o metilfenidato é uma anfetamina controlada por regime especial, que corre o risco de ser desviada das finalidades para as quais é receitada.

⁶⁵⁸ WILENS, T.E.; HAIGHT, B.R.; HERRIGAN, J.P.; HUDZIAK, J.J.; ROSENTHAL, N.E.; CONNOR, D.F. *et al.* Bupropion XL in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. **Biol Psychiatry**, 57(7):793-801, 2005. Disponível em: <<http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223%2805%2900104-6/abstract>>.

⁶⁵⁹ PRINGSHEIM, T.; STEEVES, T. Pharmacological treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 4. Art. No.: CD007990. DOI: 10.1002/14651858.CD007990.pub2.

⁶⁶⁰ LEON, M. R. Effects of caffeine on cognitive, psychomotor, and affective performance of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. **Journal of Attention Disorders**, April 2000 vol. 4 no. 1, 27-47. Disponível em: <<http://jad.sagepub.com/content/4/1/27.short>>.

⁶⁶¹ KONSTANTINOS, I.; CHAMBERLAIN, S.R.; MÜLLER, U. Ostracising caffeine from the pharmacological arsenal for attention-deficit hyperactivity disorder – was this a correct decision? A literature review. **J Psychopharmacol** September 2014, vol. 28 no. 9, 830-836. Disponível em: <<http://jop.sagepub.com/content/28/9/830.full.pdf+html>>.

⁶⁶² WEISER, M.; EPSTEIN, T. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults (Protocol for a Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 10, 2011. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=protocols&id=CD005041&lib=COC>>.

⁶⁶³ STOREBØ, O.; RAMSTAD, E.; KROGH, H. et al. Benefits and harms of methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015, Issue 11. DOI:10.1002/14651858.CD009885.pub2. Disponível em: <http://www.cochrane.org/CD009885/BEHAV_benefits-and-harms-methylphenidate-children-and-adolescents-attention-deficit-hyperactivity-disorder>.

⁶⁶⁴ STOREBØ, O.; KROGH, H.; RAMSTAD, E. et al. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. **BMJ**, 2015; 351:h5203. DOI: 10.1002/14651858.CD009885.pub2. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h5203>>.

⁶⁶⁵ FAZEL, M. Methylphenidate for ADHD. **BMJ** 2015; 351 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h5875>. Disponível em: <BMJ 2015;351:h5875>.

O mau uso do metilfenidato, legal e ilegal

As evidências apontam que o metilfenidato, bastante receitado fora do Sistema Único de Saúde, jamais deve ser indicado para crianças com idade inferior a 6 anos, sendo as terapias comportamentais a primeira escolha de tratamento até essa idade^{666, 667}.

Na bula da principal apresentação farmacêutica brasileira de metilfenidato, na seção "indicações", o fabricante afirma que **o uso do medicamento não é indicado em todos os casos de TDAH**⁶⁶⁸. Adenda não haver indicação para crianças que apresentem sintomas secundários a fatores ambientais (em particular, crianças submetidas a maus tratos) ou distúrbios psiquiátricos primários, incluindo-se psicoses. O médico prescritor, pois, precisa ter o cuidado de não banalizar a receita, garantindo qualidade técnica.

O uso abusivo ou não médico do metilfenidato deve ser alvo de análises cuidadosas. Muitas vezes médicos concedem receitas sem uma avaliação adequada, medicando pessoas que não se enquadram nos critérios diagnósticos. Há casos de pessoas que repassam o medicamento para quem queira usá-lo com mantenedor artificial da vigília, como rebite, como *dopping*, como droga recreativa a ser misturada com álcool, ou como um suposto agente de "aprimoramento cognitivo"⁶⁶⁹. A pressão social por melhoria do desempenho nos estudos e no trabalho é apontada como causa da busca de um fantasioso "aprimoramento cognitivo" através da droga, pois ela é estimulante da vigília e pode evitar o sono.

A utilização do metilfenidato desviado de pessoas que receberam receitas, ou procedente de receitas erroneamente emitidas, vem ocorrendo na população, inclusive entre empresários e estudantes, para emagrecimento. Ocorre até para uso recreativo, triturado, como pó diluído em água, para ser injetado, segundo relatório da vigilância sanitária⁶⁷⁰. Os cinco estados maiores consumidores per capita são, por ordem, o Distrito Federal, o Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Goiás. Em Santa Catarina o consumo legal, a partir dos registros de vendas em farmácias em 2009, foi medido em 0,22 mg para cada 1000 habitantes por dia, enquanto a média do Brasil foi de 0,09 mg.

Alguns médicos, de várias especialidades diferentes, na grande maioria não psiquiatras, mesmo sem estarem convencidos do diagnóstico, cedem a pedidos de medicação feitos por pais, professores ou outros atores sociais.

⁶⁶⁶ VENANCIO, S. I. et al . Metilfenidato no tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 14, n. 2, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122012000200016&lng=pt&nrm=iso>.

⁶⁶⁷ CARACH, A., et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Oct. Report No.: 12-EHC003-EF. **AHRQ Comparative Effectiveness Reviews**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22191110>>.

⁶⁶⁸ Ritalina [bula]. Novartis Biociências, 02/08/2013. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/bula/4550/ritalina.htm>>.

⁶⁶⁹ ORTEGA, F. et al . A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300003&lng=en&nrm=iso>.

⁶⁷⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **SNGPC Resultados 2009**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2009.pdf>.

Há uma demanda não racional e não terapêutica, com a qual o médico precisará lidar para não incorrer em receita desnecessária de psicotrópico, a pretexto de ser paliativo sobre dificuldades de relacionamento escolar e déficits das escolas na área pedagógica ou na contratação de recursos humanos escolares adequados⁶⁷¹.

Há indícios de que o uso regular de metilfenidato na infância e adolescência, apesar de seu potencial de dependência pequeno, predisponha ou preceda o abuso e a dependência de outras drogas⁶⁷², incluindo álcool etílico⁶⁷³, tabaco⁶⁷⁴ e cocaína⁶⁷⁵.

Uma auditoria realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS, a pedido do Ministério Público Federal, em região do interior catarinense, relativa aos anos de 2010 a 2014, em razão da elevada prescrição de metilfenidato pelos serviços públicos de saúde a crianças encaminhadas pelas escolas, mostrou a ocorrência de irregularidades quanto aos critérios de prescrição. Muitas prescrições estavam abaixo ou acima da posologia mensal permitida⁶⁷⁶. Os gestores, pois, precisam estar atentos para possíveis desorganizações do sistema quanto a medicalização excessiva, encaminhamentos, indicação, prescrição e guarda das receitas.

Uso terapêutico de metilfenidato

As doses terapêuticas do metilfenidato para crianças (sempre maiores de 6 anos), geralmente usadas são as seguintes: iniciar com 5 mg uma ou duas vezes ao dia (ex.: no café da manhã e no almoço), com incrementos graduais de 5 a 10 mg por semana. A dosagem diária total deve ser administrada em doses divididas. Não são recomendadas dosagens diárias que excedam 60 mg. É prudente calcular as dosagens segundo o peso do paciente.

Metilfenidato em transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Medicamento	Dose inicial	Dose usual	Duração do efeito
Metilfenidato*	5 mg, 1 ou 2 vezes ao dia	5 a 20 mg 2 a 3 vezes ao dia, ou 0,3 mg/kg/dia a 1 mg/kg/dia	3 a 5 horas

⁶⁷¹ CALIMAN, L.V.; DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300012&lng=en&nrm=iso>.

⁶⁷² VOLKOW, N.D.; SWANSON, J.M. Variables that affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD. **Am J Psychiatry**, 2003, Nov;160(11):1909-18. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14594733>>.

⁶⁷³ GRANT, B.F.; DAWSON, D.A. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. **J Subst Abuse**. 1997;9:103-10. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9494942>>.

⁶⁷⁴ LAMBERT, N.M.; HARTSOUG, C.S. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. **J Learn Disabil**. 1998 Nov-Dec;31(6):533-44. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9813951>>.

⁶⁷⁵ KOLLINS, S.H.; MacDONALD, E.K.; RUSH, C.R. Assessing the abuse potential of methylphenidate in nonhuman and human subjects: a review. **Pharmacol Biochem Behav.**, 2001 Mar;68(3):611-27. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11325419>>.

⁶⁷⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. SGE/Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria nº 14843**, sobre o Inquérito Civil nº 1.29.002.000118/2012-96. Disponível em: <http://200.214.130.94/denanus/sisaud/atividades/dados_atividades/textos_consulta_publica.php?cod=41178>.

Se não for observada melhora dos sintomas após os ajustes de dosagem durante um mês, o medicamento deve ser descontinuado. Se os sintomas se agravarem ou ocorrerem outras reações adversas, reduzir a dose ou, se necessário, descontinuar o medicamento. Em algumas crianças, ocorre insônia, causada pela redução da ação do medicamento à noite. Tais crianças podem então retornar ao seu nível normal de atividade ou distração. Uma dose adicional de curta ação por volta das 20 horas pode resolver esse problema. Uma dose-teste antes de dormir é recomendada para esclarecimento. O metilfenidato deve ser periodicamente descontinuado a fim de se avaliar a criança. A melhora pode ser mantida, quando o fármaco é descontinuado temporária ou permanentemente. O tratamento medicamentoso não pode e não precisa ser indefinido. Deve geralmente ser descontinuado durante ou após a puberdade.

Os efeitos colaterais incluem ansiedade, tensão, agitação, hipertireoidismo, arritmia cardíaca, angina do peito grave e glaucoma. É contraindicado a pacientes com tiques motores, com parentes com tiques e história familiar ou diagnóstico de síndrome de Gilles de la Tourette. Também é contraindicado nos casos de hipersensibilidade ao metilfenidato.

Em alguns casos mais chamativos, a indicação de medicamento pode encontrar resistência por parte dos pais. Uma discussão clara em relação aos benefícios da medicação e a proposta de uma experiência, por um período curto de tempo, como um ou dois meses, com interrupção caso os efeitos não forem satisfatórios, pode auxiliar a reduzir a relutância dos pais.

Psicoterapia e orientação familiar

Quando existe comorbidade associada ao quadro de TDAH, como transtorno de conduta ou depressão, um encaminhamento para psicoterapia individual com orientação familiar deve ser realizado. Este tipo de acompanhamento deve ser considerado, mesmo na ausência de comorbidade, quando um sofrimento clinicamente significativo é identificado na criança ou adolescente e na sua família.

Há necessidade de psicoterapia quando existe comorbidade ou problemas secundários considerados graves e de difícil solução na escola, em casa ou socialmente. Embora nem toda criança necessite psicoterapia, todo caso de TDAH requer orientação.

A orientação aos pais visa facilitar o convívio familiar, ajudar a entender o comportamento do portador de TDAH e ensinar técnicas para manejo dos sintomas e prevenção de futuros problemas.

A orientação e o aconselhamento familiar, preparando pessoas da família para ajudar pacientemente a criança com as tarefas cotidianas e com as atividades ligadas à escola são fundamentais

Abordagem psicossocial

Sugere-se alguns temas a serem trabalhados em conjunto com a família e os professores^{677, 678}:

⁶⁷⁷ SILVA, A. B.B. *Mentes inquietas: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

⁶⁷⁸ CASTRO, C. A. A.; NASCIMENTO, L. *TDAH Inclusão na Escola: Adequação a Classe Regular de Ensino para Alunos Portadores de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade)*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2009.

- 1) Orientação da família que concorda em procurar ajuda;
- 2) Manter encontros frequentes de profissional de saúde mental com a família;
- 3) Manter contato com outros especialistas da escola ou que estejam em contato com o aluno;
- 4) Ter uma dose extra de paciência;
- 5) Incentivar os professores a elogiar seu aluno quando conseguir se comportar ou realizar algo;
- 6) Deixar que o aluno se sinta próximo ao professor e a colegas afetivos e positivos;
- 7) Evitar que janelas, portas ou coisas possam distraí-los;
- 8) Deixar regras claras, explícitas e visíveis;
- 9) Estabelecer contato com a criança pelo olhar;
- 10) Falar baixo e de forma clara, de forma gentil e afetuosa;
- 11) Dar orientações curtas e claras;
- 12) Dividir as tarefas complexas em várias partes, com orientações simples;
- 13) Esperar pela resposta do aluno, cada um tem seu tempo;
- 14) Repetir ordens sempre que for necessário;
- 15) Ensinar o aluno a usar a agenda;
- 16) Estabeleça metas individuais;
- 17) Alternar métodos de ensino, evitando aulas repetitivas e monótonas;
- 18) Deixar o aluno ser ajudante do professor;
- 19) Deixar o aluno sair por alguns instantes da sala, se estiver muito agitado;
- 20) Possibilitar o uso de equipamento eletrônicos, multimídia.

Algumas abordagens comprovadamente eficazes para o manejo do TDAH, além da farmacoterapia, incluem⁶⁷⁹:

- a) treinamento de pais em manejo de contingências (trabalhando o reforçamento comportamental);
- b) aplicação do manejo de contingências em sala de aula;
- c) a combinação de ambas as estratégias.

Nenhum destes tratamentos promove a cura do TDAH, mas causam uma redução temporária dos sintomas e das dificuldades associadas ao problema

Os livros de Russell A. Barkley, editados no Brasil pelo Grupo A (Artmed) têm farto material para os profissionais de saúde e de educação dedicados ao tema. Um programa, segundo a visão de Barkley, teria dez passos:

⁶⁷⁹ DESIDERIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M.C. O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 11, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso>.

Passos do programa

1. Fornecer Informações sobre o TDAH: características, evolução, prognóstico e etiologia do TDAH, associadas a material de leitura e vídeos. Auxilia a modificar crenças incorretas sobre o problema.
2. Discutir causas do comportamento opositivo: fatores que contribuem para a presença de comportamentos opositivos em crianças com TDAH, incluindo: a) Características da criança: saúde, idade, temperamento e dificuldades; b) Características dos pais: saúde, idade, temperamento e dificuldades; c) Conseqüências do comportamento opositivo e coercitivo; d) estressores familiares.
3. Desenvolver um repertório reforçador e de atenção nos pais: orientar em relação ao papel do reforço sobre o comportamento da criança; treinar os pais para reforçar comportamentos adequados e ignorar os inadequados; enfatizar a necessidade de aumentar substancialmente a freqüência de reforços e de atenção aos comportamentos socialmente adequados e de adesão da criança.
4. Orientar os pais a prestarem atenção nas brincadeiras e comportamentos adequados, fornecer comandos diretos e aumentar a freqüência de reforço para comportamentos adequados; treinar na utilização de comandos diretos: Ex: substituir questões como "Por que você não guarda seus brinquedos?" por comandos diretos como "Guarde seus brinquedos na caixa"; Treinar para o fornecimento de atenção positiva freqüente e sistemática quando a criança engajar-se em atividades adequadas enquanto os pais realizam outras atividades.
5. Estabelecer um sistema de fichas: Crianças com TDAH requerem conseqüências mais freqüentes e imediatas para manter comportamentos adequados, que podem ser fornecidas por meio de um sistema de fichas.
6. Treinar na utilização de *time-out* para desobediência: treinar na utilização de custo de resposta (*time-out* do reforço) frente a comportamentos de desobediência, a ser utilizado logo após o início de dois tipos de comportamentos inadequados por parte da criança, escolhidos anteriormente em acordo entre pais e criança.
7. Treinar os pais para utilizar *time-out* ampliado para comportamentos adicionais de desobediência.
8. Treinar os pais para manejar problemas de comportamentos exibidos em locais públicos.
9. Auxiliar os pais a melhorar o comportamento do filho na escola: relatório escolar diário.
10. Ensinar os pais a manejar problemas comportamentais futuros.

Situação Educacional

Os transtornos de aprendizagem compreendem inabilidades específicas, de leitura, escrita (ou soletração) e habilidades matemáticas. O TDAH geralmente está associado, como comorbidade, a transtornos de aprendizagem. A eles podem se somar dificuldades normais de aprendizado. As dificuldades normais são oscilações no rendimento escolar relacionadas a aspectos evolutivos do aluno ou decorrentes de metodologia inadequada, de padrões de exigência da escola, de falta de assiduidade do aluno e de conflitos familiares eventuais.

Ao trabalhar com crianças hipercinéticas ou desatentas, na escola, os melhores resultados ocorrem a partir do controle de estímulos e da "quebra" das tarefas em pequenas partes, tornando-as compatíveis com os períodos que a criança consegue manter a concentração, estabelecendo tarefas a serem realizadas

em intervalos curtos de tempo⁶⁸⁰. Algumas atividades simples ajudam no relacionamento cotidiano:

O aluno que apresenta o TDAH tem problemas para terminar seus afazeres escolares, para se relacionar bem com outras pessoas e para persistir em determinadas tarefas e termina-las sem uma supervisão. [...]. Para atender o aluno, é preciso também ter uma sala de aula organizada e estruturada, com regras claras, sem muita informação e/ou estímulos na sala ou na lousa, carteiras separadas, limites claros e objetivos, disciplina equilibrada, colocando a criança perto de amigos que não desviem sua atenção e mais próximo da professora. É sempre bom ter intervalos previsíveis, dividindo a tarefa em pequenos objetivos. Além das adaptações dentro da sala de aula, é preciso criar atividades diversificadas para contribuir no desenvolvimento do aluno com TDAH, como atividades físicas para a turma toda, que possibilitam também a integração de todos⁶⁸¹.

Alguns pontos a serem trabalhados pelos pedagogos, na linha de pensamento de Barkley⁶⁸², são:

1. Adaptar quantidade de tarefas em sala à capacidade de atenção da criança.
2. Modificar estilo de ensino e currículo (ex. incluir atividades que envolvem participação).
3. Utilizar regras externas (ex. posteres, auto-verbalizações).
4. Fornecer reforçamento freqüente e utilizar custo de resposta.
5. Utilizar conseqüências imediatas para o comportamento.
6. Utilizar reforços de maior magnitude (ex. sistema de fichas).
7. Estabelecer limite de tempo para conclusão de tarefas.
8. Estabelecer hierarquia para custo de resposta em sala de aula.
9. Se as estratégias anteriores não forem efetivas, considerar reunião com pais e encaminhamento da criança.
10. Coordenar as estratégias utilizadas na escola com aquelas utilizadas pelos pais em casa.
11. Controlar o próprio estresse e frustração ao lidar com a criança.

Nem todo indivíduo com TDAH apresenta dificuldades na aprendizagem. As dificuldades atencionais podem ser compensadas pelo uso de um bom potencial intelectual, interesse pelo conhecimento e condições didáticas adequadas. Alguns genitores crêm que a escola disponha de um tipo de atendimento próprio e individual para os alunos hiperativos e desatentos, separado das turmas comuns. Essas crianças têm um potencial de aprendizagem igual ao de crianças normais, portanto, não há necessidade de uma escola exclusiva para elas. Elas precisam desse convívio social com colegas de mesma idade. Precisam também aprender a lidar com grupos, com convívio social em ambientes reais, a entender

⁶⁸⁰ BARKLEY, Russell A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: TDAH. Porto Alegre: Artmed, 2002.

⁶⁸¹ BAPTISTA, C. TDAH dentro da escola. Mundo da Inclusão. Minuano (São Paulo), Ano 2, nº 33, p. 12-13, 2013. Apud: MOTA, Alice de Araújo Silva; SENA, Clério Cezar Batista. **A interface entre saúde e educação: relações vinculares frente ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade na sala de aula**. Recife: Centro Psicopedagógico de Atividades Integradas, 2014. Disponível em: <http://cepai.com.br/downloads/Transtorno_do_Deficit_da_Atencao_com_hiperatividade.pdf>.

⁶⁸² DESIDERIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M.C. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 11, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso>.

regras, a ter limites. De certa forma a escola representa, em pequena escala, a sociedade em que irão viver quando forem adolescentes e adultos.

São importantes as adequações para que a quantidade de trabalho escolar não exceda seu limite⁶⁸³. Sobre o dever de casa, o professor deve lembrar que esse aluno pode demorar mais tempo para fazer suas tarefas. As atividades que exigem mais atenção, ou atenção contínua por um período maior e tempo, como as provas, por exemplo, devem ser feitas no início do dia escolar. Após algumas horas de aulas o aluno tende a ceder mais aos estímulos que distraem.

Entre os obstáculos para a implementação de programas comportamentais em sala de aula está a falta de tempo do professor. A existência de um segundo professor em sala de aula pode resolver este problema. Os pais, ou alguém ligado à vida extraescolar da criança pode ser treinada para auxiliar nas tarefas diárias⁶⁸⁴.

Orientações para Auxiliar as Tarefas Diárias

1. Ouvir e respeitar a opinião da criança em relação a local e horário preferidos para a realização das tarefas escolares e para o estudo; se o local inicialmente escolhido for inadequado, incentivar gradualmente mudanças na direção desejada.
2. Alternar estudo e tarefas escolares com outras atividades, como assistir televisão e brincar.
3. Respeitar limites de tempo de concentração da criança, não exigindo além do que esta pode realizar.
4. Auxiliar no planejamento de tarefas que exigem maior tempo de concentração (ex. dividir livro em capítulos, lendo um ou dois de cada vez).
5. Planejar a realização de tarefas escolares de forma a não coincidir com atividades prazerosas para a criança (ex. fazer tarefa em horário diferente do horário do programa de televisão favorito).
6. Treinar sempre, repetidamente dia após dia, a criança com TDAH, deve aprender a reavaliar e mudar seu plano inicial, é uma das tarefas mais importantes que os pais podem fazer para ajudar.
7. Reforçar a criança a cada passo do planejamento executado com sucesso; aumentar gradualmente o nível de desempenho exigido para a liberação do reforço.

A orientação das crianças e de seus familiares sobre temas escolares, no serviço de saúde, visa facilitar o convívio de crianças com TDAH com colegas e evitar o desinteresse pela escola e pelos estudos, fato comum em adolescentes portadores de TDAH. O desafio, entretanto, para que esta intervenção ocorra, é conseguir a participação da escola no tratamento. Para tanto, é importante o diálogo com os pedagogos, numa tentativa de construção de trabalho intersetorial.

⁶⁸³ CAMPES, D. TDAH e dificuldades de aprendizagem: estratégias para um relacionamento saudável entre a criança e a sociedade. **RedePsi**, 28 ag. 2011. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2011/08/28/tdah-e-dificuldades-de-aprendizagem-estrat-gias-para-um-relacionamento-saud-vel-entre-a-crian-a-e-a-sociedade/>>.

⁶⁸⁴ MATTOS, P. No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos Editorial, 2010. Apud: DESIDERIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M. C.O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 11, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso>.

Anexo

REGRAS BÁSICAS PARA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE METILFENIDATO EM MUNICÍPIOS QUE OPCIONALMENTE INCLUAM ESTA MEDICAÇÃO ELETIVA NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS (REMUME)

O metilfenidato não faz parte das listas de medicamentos e de procedimentos do SUS. Não consta na RENAME e nem na RENASES. Segundo a lista de medicamentos genéricos registrados na ANVISA, ainda não foi aprovado medicamento genérico a base de metilfenidato. A aprovação deste fármaco nas Relações Municipais de Medicamentos implica gasto orçamentário municipal.

Critérios para o tratamento de transtornos hipercinéticos com metilfenidato

Crianças ou adolescentes, de 7 a 18 anos e 11 meses, residentes no município, com cadastro em Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município.

Considerações médicas ao prescrever metilfenidato para uma criança ou adolescente com TDAH

- 1) Dados de avaliação física, incluindo, como mínimo, frequência do pulso, pressão arterial, peso e altura; registrar mudanças de peso e altura por meio de curva de crescimento; se houver qualquer sintoma anormal, achados ou antecedentes em relação a afecções cardiovasculares, uma investigação adequada e referência devem ser providenciadas.
- 2) Problemas psicossociais associados ou subjacentes, problemas educacionais, perfil cognitivo e/ou afecções de comorbidade.
- 3) Benefícios, em potência, desse tratamento de curto prazo.
- 4) Possibilidade de adesão.
- 5) Danos em potência, alergias, eventos adversos e contraindicações, incluindo desvio do tratamento farmacológico para uso inadequado e abuso.
- 6) Duração do tratamento e sinais para interromper o tratamento.
- 7) Esquema para seguimento clínico e revisão.

Situações que excluem a prescrição de metilfenidato

- 1) Problema exclusivo de aprendizado (Deficiência de escolaridade decorrente de má adaptação escolar, projeto pedagógico sem singularidade, relação professor-aluno inadequada, propostas de reforço de atividades que expõem a criança/adolescente a conflito diante dos colegas, gerando discriminação e maus tratos entre pares).
- 2) Ansiedade (a existência de ansiedade é sugestiva de sobrecarga emocional que pode ser decorrência de conflitos intrapsíquicos, forte tensão na dinâmica familiar, entre outros).
- 3) Depressão e/ou antecedente familiar de depressão grave.
- 4) Hipertensão arterial sistêmica.
- 5) Doença cardiovascular.
- 6) Transtorno afetivo bipolar ou outros transtornos psiquiátricos primários.
- 7) Transtorno mental orgânico.
- 8) Psicose e/ou antecedente familiar de psicose.
- 9) Alterações da tireóide.
- 10) Glaucoma e/ou antecedente familiar de glaucoma.

- 11) Dependência de álcool e substâncias psicoativas, ou sintomas secundários a fatores ambientais.
- 12) Crianças e adolescentes em uso de fármacos que interagem com metilfenidato.
- 13) Ausência de benefício depois de três meses de tratamento.

Acompanhamento

A equipe multiprofissional deve preencher comunicados regulares, a cada seis meses, por meio de formulários padrão sobre a farmacoterapia, avaliação física, psicossocial e educacional.

Dose e duração do tratamento

A apresentação disponível de metilfenidato é a de metilfenidato 10 mg comprimido (sulcado), de liberação rápida.

Deve ser prescrito nas seguintes posologias: 0,3 mg/kg/dose ou 2,5 a 5 mg/dose via oral por uma ou duas vezes ao dia, aumentando em incrementos de 0,1 mg/kg/dose ou 5-10 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 2 mg/kg/ dia ou 60 mg/dia.

Durante o tratamento observar as seguintes recomendações

- 1) Avaliação de comorbidades e quadros clínicos: a coleta detalhada da história e o exame do estado mental podem ajudar a identificar transtornos comórbidos, inclusive o abuso de substâncias.
- 2) Avaliação periódica para determinar se é indicada redução progressiva do fármaco. Pode-se iniciar tentativa de descontinuação farmacológica caso o paciente se mantenha sem sintomas durante pelo menos 1 ano. As tentativas devem ocorrer em período de férias para evitar complicações nas atividades escolares.

Precauções

Acompanhar distúrbios psiquiátricos e registrar o crescimento da criança a cada seis meses; medir a pressão arterial e a frequência do pulso no início do tratamento e a cada seis meses; ansiedade ou agitação; tiques ou uma história familiar de síndrome de Gilles de la Tourette; epilepsia (suspender o tratamento em caso de aumento de frequência de convulsões). Deve-se evitar a interrupção brusca do tratamento, fazendo-o de forma planejada e gradual.

Contraindicações

Depressão grave, ideação suicida; anorexia nervosa; dependência por álcool ou drogas; psicose, transtorno bipolar sem controle; hipertireoidismo; doença cardiovascular (incluindo insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, hipertensão grave e arritmias), anormalidades cardíacas de estrutura; feocromocitoma.

Gravidez e lactação

O tratamento na gravidez deve ser evitado a menos que os benefícios em potência ultrapassem os riscos.

Possíveis reações adversas

Dor abdominal, náusea, vômito, diarreia, dispepsia, boca seca, anorexia, redução do ganho de peso; taquicardia, palpitação, arritmias, alterações na pressão sanguínea; tiques (muito raramente síndrome de Tourette), insônia, nervosismo, astenia, depressão, irritabilidade, agressão, cefaleia, sonolência, tontura, distúrbio do movimento; febre, artralgia; exantema, prurido, alopecia; restrição do crescimento; menos comumente obstipação, sonhos anormais, confusão mental, ideação suicida, polaciúria, hematúria, câibras; epistaxe; raramente sudorese e

distúrbios visuais; muito raramente disfunção hepática, arterite cerebral, psicose, convulsões, síndrome neuroléptica maligna, tolerância e dependência, distúrbios sanguíneos incluindo leucopenia e trombocitopenia, dermatite esfoliativa e eritema multiforme.

Interações farmacológicas

As principais interações são:

- 1) Anestésicos gerais – risco aumentado de hipertensão quando metilfenidato é dado com anestésicos gerais líquidos voláteis.
- 2) Antidepressivos - metilfenidato possivelmente inibe o metabolismo de inibidores seletivos de recaptção de serotonina e de tricíclicos; risco de crise hipertensiva quando metilfenidato é empregado junto de inibidores da monoaminoxidase (MAO).
- 3) Anticoagulantes – metilfenidato possivelmente reforça o efeito anticoagulante de cumarínicos.
- 4) Antiepilépticos – metilfenidato aumenta a concentração plasmática de fenitoína; metilfenidato possivelmente aumenta a concentração plasmática de primidona.
- 5) Antipsicóticos – metilfenidato possivelmente aumenta os eventos adversos da risperidona.
- 6) Barbitúricos – metilfenidato possivelmente aumenta a concentração plasmática de fenobarbital.
- 7) Clonidina – sérios eventos adversos foram notificados com o uso concomitante de metilfenidato e clonidina (causalidade não estabelecida).
- 8) Álcool – efeitos de metilfenidato possivelmente são reforçados pelo álcool.

Fluxo de dispensa

A dispensa do medicamento está condicionada ao preenchimento de laudo de acompanhamento do caso clínico.

Para os pacientes acompanhados nos serviços próprios da secretaria municipal de saúde, inclusive CAPS infantil, o formulário preenchido pela equipe multiprofissional deve ficar arquivado em prontuário e, após a prescrição, o usuário deve se dirigir às farmácias de referência para dispensação de metilfenidato de sua região.

Para os pacientes acompanhados pelas instituições com vínculo com o SUS no município, o formulário preenchido pela equipe multiprofissional deve ser encaminhado para o profissional responsável pela avaliação dos documentos, definido pela secretaria municipal de saúde. A dispensa do medicamento, pelas farmácias de referência para dispensação de metilfenidato da região, está vinculada à autorização recebida do profissional responsável pela avaliação. A autorização será concedida por um período máximo de 6 meses. Após este período, há necessidade de nova autorização.

Receita controlada

O metilfenidato está incluído na Portaria 344/98 e RDC nº 22 de 15/02/2001- Lista A3 (substâncias psicotrópicas), sendo prescrito em receituário especial (talonário do tipo A, amarelo), entregue pela Vigilância Sanitária à instituição ou ao médico. A quantidade prescrita deve ser para no máximo 30 dias.

Bombeiros e outros socorristas em urgências de saúde mental



Sugestões para procedimentos

Alan Indio Serrano
Ramon Tartari
Rosalie Kupka Knoll
Mara Cristina Binz
Anna Paula G. Macarini

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SOCORRISTAS TAMBÉM NA SAÚDE MENTAL

O atendimento pré-hospitalar com remoção de pessoas acometidas de transtorno mental, envolvendo riscos a si e a terceiros, quando solicitado por autoridade policial ou por familiares, pode ser realizada por socorristas, visando chegar ao pronto socorro hospitalar. Entre os socorristas, notabilizam-se os do Corpo de Bombeiros, chamados pelo telefone 193.

Os bombeiros voltam-se à proteção de vidas, do patrimônio e do meio ambiente. Muito respeitados, são uma referência para a sociedade, em função da excelência dos serviços prestados. O Corpo de Bombeiros tem atuação ampla: proporciona a proteção pessoal e patrimonial da sociedade e do meio ambiente, por meio de ações de atendimento pré-hospitalar⁶⁸⁵, salvamento, prevenção, combate e investigação de incêndios urbanos e florestais, e ações de defesa civil. Além disto, realiza vistorias, análise de projetos, hidrantes urbanos, certificar-se da segurança contra incêndios e receber denúncias. As estratégias para a proteção e guarnição de pacientes implicam um trabalho em equipe, com apoio logístico, capacidade de rápida avaliação de periculosidade e dos próprios recursos e dos próprios limites.

Este documento tem, apenas, a pretensão auxiliar na interação dos profissionais civis de saúde pública com os militares encarregados de socorro, sugerindo alguns itens importantes a serem incluídos na montagem de procedimentos operacionais básicos.

Para os bombeiros, o atendimento compreende quatro fases⁶⁸⁶: prontidão, acionamento, resposta e finalização. A “prontidão” é uma fase pré-

⁶⁸⁵ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Segurança Pública. Corpo de Bombeiros Militar. **Guia de Atendimentos às Emergências**. Florianópolis: DE CEBM; Academia de Bombeiros Militar, 2012. Disponível em:
<<http://www.cbm.sc.gov.br/ccecobom/images/arquivos/GUIA%20DE%20ORIENTA%C3%87%C3%83O%20PARA%20ATENDIMENTO%20AS%20EMERG%C3%84NCIAS%20-%20COMPLETO.pdf>>.

⁶⁸⁶ PINHEIRO, Raniel Teles **Atendimento a ocorrências envolvendo tentativa de suicídio**. (Monografia, Curso de Formação de Oficiais. Orientador: Major BM Luciano Mombelli da Luz). Florianópolis: CEBM Santa Catarina 2014. Disponível em:
<http://biblioteca.cbm.sc.gov.br/biblioteca/dmdocuments/CFO_2014_Teles.pdf>.

emergencial em que encontram-se preparados os recursos para o acionamento⁶⁸⁷. O atendimento propriamente dito, inicia-se através do contato feito por uma pessoa presente no local, ou pela própria vítima, com a Central de Operações Bombeiro Militar (COBOM), dando-se aí o que se chama de “acionamento”. Desencadeiam-se, então, as fases ditas de resposta: deslocamento, estabelecimento do comando, dimensionamento da cena, gerenciamento dos riscos, abordagem à vítima, retirada (ou resgate) da vítima, transporte, finalização da ocorrência.

As relações dos bombeiros com os serviços de saúde mental variam segundo a unidade da federação. Pode-se aproveitar a padronização de procedimentos operacionais desenvolvidos por estas instituições militares em vários estados brasileiros. Em especial, há material interessante utilizado no Rio de Janeiro, no Distrito Federal e em São Paulo.

O Corpo de bombeiros do Estado do Rio de Janeiro apoia as equipes do SAMU ou órgãos similares no atendimento a pacientes com emergências psiquiátricas nos seguintes casos: distúrbio de comportamento associado a lesões corporais graves ou quadros de agitação; risco de suicídio; local de difícil acesso, com necessidade de manobras de resgate ou salvamento; comportamento agressivo com ameaça iminente à própria integridade física ou de terceiros; dificuldade de contenção do paciente pela guarnição de saúde⁶⁸⁸.

2. UM PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ÚTIL PARA BOMBEIROS, POLICIAIS E OUTROS SOCORRISTAS

Diante de um paciente psiquiátrico, já o **Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal**⁶⁸⁹ definiu um procedimento operacional padrão (POP) que pode ser adotado como modelo ou como base para a construção de alternativas em outros locais. O POP do Distrito Federal gerou as preconizações seguintes:

Passos a seguir

1. - Dimensionamento da cena.
2. - Realize avaliação inicial e dirigida.
3. - Localize informante e/ou responsável (parente, amigos, vizinhos, etc.) para a identificação do caso.
4. - Verifique qual a perturbação apresentada (se possível saiba qual doença: esquizofrenia, psicoses, etc.) E quanto tempo está descompensado.
5. - Verifique se o paciente psiquiátrico faz uso de medicação controlada e qual é a medicação.
6. - Observe se é usuário de drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, etc.) e/ou de álcool.

⁶⁸⁷ DUTRA, Alexandre Corrêa. **Curso de Resgate em Espaço Confinado**: Lição 1: princípios de resgate em espaços confinados. Florianópolis: Corpo Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC), 2012.

⁶⁸⁸ RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Defesa Civil. Corpo de Bombeiros Militar. **Atendimento ao portador de transtornos mentais**: procedimento operacional padrão. (Org.: Maj BM Douglas Satiro). Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Defesa Civil, Estado Maior Geral, 20 fevereiro 2013. Disponível em: <http://pop.cbmerj.rj.gov.br/arquivos/II_16_Atendimento_PTM_AN.pdf>.

⁶⁸⁹ DISTRITO FEDERAL. CBMDF. Batalhão de Emergência Médica. **Protocolo de atendimento pré-hospitalar CBMDF**. [Orgs.: Osiel Rosa Eduardo, Vilany Mendes Félix, André Gleivson Barbosa da Silva]. Brasília: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), 2005. Disponível em: <<https://www.cbm.df.gov.br/2012-11-12-17-42-05/2012-11-12-20-53-57?task=document.viewdoc&id=750>>.

7. - Observe manifestações subjetivas (sintomas) de: agressividade, irritabilidade, agitação psicomotora, fala sem sentido, desconexão com a realidade, alucinações, hiperatividade.
8. - Observe manifestações objetivas (sinais) de: sinais vitais, nível de consciência, ferimentos, odores estranhos (gasolina, éter, etc.).
9. - Verifique outras informações: antecedentes de outras doenças importantes (diabetes, hipertensão, AIDS, tuberculose, etc.); se já foi internado antes por distúrbios psiquiátricos; se já praticou atos criminosos e/ou suicidas.]
10. - Seja paciente, chame-o pelo nome, não faça movimentos bruscos que possam assustar o paciente, não use termos chulos nem tom de voz alta.
11. - Fale pausadamente, firme mantendo ligação com a realidade, não retruque em caso de agressão verbal.
12. - Nunca revide em caso de agressão física, nem agrida-o, contenha-o, se necessário.
13. - Lembre que o paciente psiquiátrico é imprevisível, não deixe ele convencê-lo de nada, nem ceda a pedidos deste. Neste caso tente desviar a atenção do paciente.
14. - Contenha-o em caso de agressividade com risco do paciente ferir-se ou vir a ferir outros (inclusive o próprio socorrista). Para isso use lençóis e bandagens, não usar materiais que possam feri-lo.
15. - Transporte-o deitado, com acompanhante se possível e em decúbito lateral de segurança em caso de náusea ou vômito.
16. - Realize observação rigorosa durante todo o percurso.
17. - Na abordagem verifique a presença de materiais cortantes, ou outras armas com o paciente.
18. - Encaminhe-o ao pronto-socorro de um hospital geral.

Situações de risco

- 1) Paciente fugitivo da justiça.
- 2) Paciente com refém.
- 3) Paciente armado.
- 4) Paciente em curso de autoextermínio, crime e/ou destruição de patrimônio iminente.
- 5) Agressividade extrema com risco de vida.

(Observação: nestes casos deve-se solicitar apoio à Polícia Militar e escolta até o hospital).

Crianças até 13 anos que apresentem distúrbios psicopatológicos e agudos

- 1) Situações consideradas emergenciais para crianças até 13 anos que apresentem distúrbios psicopatológicos graves e agudos, que caracterizem uma situação de crise:
- 2) Tentativa de suicídio;
- 3) Condutas agressivas e antissociais severas;
- 4) Abuso físico e sexual graves;
- 5) Transtorno severo de ansiedade (crises de pânico, stress, pós-traumático, etc.);
- 6) Manifestações psicóticas agudas;
- 7) Abuso de drogas (intoxicação e abstinência);
- 8) Transtornos dissociativos (conversivos);
- 9) Graves transtornos alimentares e do sono.
- 10) Em caso de criança até 13 anos transporte-a, preferencialmente ao hospital geral, preferentemente a um de referência no atendimento infantil, acompanhada com um familiar ou responsável.

Por outro lado, o **Corpo de Bombeiros de São Paulo** tem um manual técnico⁶⁹⁰ em que, no capítulo 24, sobre distúrbios do comportamento, aborda os temas psiquiátricos em linguagem resumida e adequada aos socorristas. O texto seguinte é baseado naquele manual dos bombeiros paulistas.

3. DISTÚRBIOS DE COMPORTAMENTO

São alterações agudas no modo de agir e pensar de pessoas, por causas diversas, fugindo do padrão comportamental esperado e podendo ocasionar danos diversos para a própria vítima e outras pessoas. Consideramos distúrbios de comportamento os surtos psicóticos, histerias, agitações psicomotoras por várias causas, como doenças, drogas, álcool, depressão, deficiências mentais e doenças neurológicas. O atendimento emergencial para os casos de distúrbios de comportamento pode variar de uma simples assistência psicológica à vítima até uma complexa operação numa tentativa de suicídio, na qual a correta intervenção poderá significar a diferença entre a vida e a morte. Em alguns casos, a situação será crítica e colocará em risco a vida daqueles que estão tentando ajudar-la.

Por essa razão, não se deve menosprezar o atendimento desse tipo ocorrência, pois a vítima possui uma doença como outra qualquer, mas requer cuidados especiais por parte do socorrista. O estudo detalhado dos distúrbios de comportamento impõe conhecimentos profundos de psicologia, entretanto, alguns detalhes superficiais poderão ser úteis no atendimento de ocorrências. Sem aprofundar-se nas teorias psicológicas ou psiquiátricas, é possível identificar determinados quadros patológicos e adotar procedimentos técnicos adequados à vítima.

Como socorrista, sempre considere a saúde emocional e mental da vítima, da família e de amigos, afetados pela situação. Sinais extremos de depressão, medo, mágoa e histeria podem evoluir, logo que você começa a se comunicar com a vítima. 24.2. Cuidados para com a vítima As ocorrências com vítimas alteradas no comportamento devem ser avaliadas como de alto risco pelo socorrista. Os cuidados especiais vão desde a avaliação da segurança do local até o transporte ao hospital adequado, se for o caso. Por serem vítimas perigosas, a abordagem ou aproximação inicial deve ser muito bem calculada, pois pode gerar um surto agudo. Por esse motivo, o procedimento operacional padrão do Corpo de Bombeiros indica o desligamento dos dispositivos sonoros e luminosos das viaturas, quando próximas do local.

Antes da aproximação da vítima devemos inquirir rapidamente familiares ou observadores, coletando informações tais como: o que está acontecendo? Esta pessoa está armada? Você conhece esta pessoa? Ela possui alguma moléstia mental ou física? O que a pessoa em distúrbio fez ou disse até agora? Há alguém por aqui em que esta pessoa possua proximidade?

A aproximação não poderá ser feita de forma escondida, a não ser que seja uma tentativa segura e definitiva de contenção da vítima. Nos casos de aproximação para um diálogo inicial, avise a vítima da sua aproximação, a uma distância segura. Nunca bloqueie a saída da vítima e nunca se coloque contra a parede. Quando se aproximar da vítima, deixe que ela saiba o que você irá fazer antes de iniciar os procedimentos (história ou exame físico). É difícil realizar um exame físico

⁶⁹⁰ SÃO PAULO. PMESP. **MTB-12 Resgate e Emergências Médicas**. Coletânea de Manuais Técnicos de Bombeiros. Manual de Resgate. 1ª Edição, Volume 12. São Paulo: Corpo de Bombeiros, PMESP, 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/62452628/MTB-12-RESGATE-E-EMERGENCIAS-MEDICAS#scribd>>.

detalhado ou dar início a um procedimento até que você consiga acalmar a vítima e conquistar sua confiança.

Sinais e sintomas na área da saúde mental

Na tentativa de comunicação com a vítima que apresentou algum distúrbio, poderá haver dúvida sobre o grau de alteração existente. Os seguintes tópicos auxiliam na determinação da emergência: nervosismo, agressividade, excitação, quadro de mania ou exibicionismo sem nexos; comportamento silenciado, não respondendo ao socorrista ou aos membros da família; choro, mau humor ou reclamação contínua; expressão de emoções que estão além do que é típico ou esperado.

Para avaliar e cuidar de uma vítima que esteja tendo uma emergência emocional, o socorrista deverá manter-se calmo, agir de maneira estritamente profissional, observar a vítima e tentar diminuir o problema. Algumas emergências traumáticas ou clínicas podem gerar comportamentos alterados, que não configuram emergências de origem emocional, mas sim, são conseqüências da lesão, tais como traumatismo craniano, contusões, hipoglicemia, crise convulsiva, acidente vascular cerebral e outras.

O socorrista deve falar com a vítima e fazer com que a vítima comece a responder e conversar, sem nenhuma pressão. Escute o que a vítima está dizendo, mostre que ouviu o que foi dito, não ameace ou discuta com a vítima. A vítima poderá ofender o socorrista, este deverá ignorar, tendo em vista a alteração comportamental, sendo paciente e não retribuindo a ofensa. É essencial insistir para a vítima que a equipe está lá para ajudar. A fala calma, direta, mantendo o contato “olho-a-olho” deve ser feita sempre que possível. A interação interpessoal é sem dúvida a principal linha de ação, ao lidar com uma vítima que esteja tendo uma emergência emocional. A vítima poderá tornar-se violenta, devendo a equipe fazer a sua contenção, se autorizado pela família e se for possível. Não sendo possível a contenção, a equipe de resgate irá se deslocar imediatamente para um local seguro. Deve-se evitar meios de contenção que possam agredir a vítima (cordas, algemas, etc). Utilize bandagem triangular, ataduras, lençol ou similar. Anote no relatório o motivo da restrição, familiar que autorizou, se houver algum e meios utilizados na contenção.

Quadros Depressivos

Uma vítima de sintomas depressivos graves apresenta três características básicas: humor deprimido, pensamento lento e retardo psicomotor. Há uma diminuição da atividade motora e intelectual, desânimo, sensação de fraqueza e cansaço, abatimento, por vezes, choro sem motivo aparente. Em geral a vítima reclama de males clínicos que não são reais, apresenta a sensação de inutilidade, recusa-se a se comunicar, deixa de se cuidar (tomar banho, escovar os dentes, cortar as unhas, trocar de roupa) e, em alguns casos, poderá ficar agitada. Pode ainda ocorrer pensamentos ou tentativas de suicídio, o que torna o depressivo uma vítima que requer muita atenção.

As depressões podem ter origem psicológica, patológica ou ainda ser decorrente do abuso do álcool ou drogas. No atendimento dos casos de depressão, deveremos tomar as seguintes precauções: respeitar a vítima, ouvindo o que ela tem a dizer; orientar e tentar tranquilizar a vítima e seus familiares; neutralizar os eventuais riscos que existam no ambiente; 24.4.4. Garantir a própria segurança e das demais pessoas antes de abordar a vítima; ficar atento para o caso da depressão evoluir para uma tentativa de suicídio; e encaminhar a vítima junto com eventuais

familiares, para o atendimento especializado. O isolamento e silêncio pode denunciar a depressão. A vítima deprimida pode oferecer riscos.

Neurose histérica

É um distúrbio que atinge uma parte da personalidade do indivíduo, não alterando seu intelecto, nem sua percepção da realidade. Pode ocorrer em graves traumas ou conflitos aos quais o indivíduo é submetido, podendo prejudicar sua vida produtiva. Na neurose, o indivíduo não perde o senso da realidade. A vítima sabe o que está fazendo, porém não sabe o porquê. A neurose poderá ser de ansiedade ou de histeria. Na neurose de histeria, não se deve supor que a vítima esteja fingindo. O atendimento com descaso, alegando que se trata de problemas de ordem sexual ou que a vítima simplesmente quer chamar a atenção, deve ser evitado.

A vítima, em neurose histérica sofre de um transtorno que, em alguns casos, a obriga a praticar reações exageradas para aliviar as tensões ou sofrimento mental. Gestos teatrais são comuns, sem que a vítima tenha a consciência de sua prática. Sintomas como desmaio, paralisia, cegueira são igualmente freqüentes, podendo ocorrer casos em que a vítima grita de dor, apresentam convulsões, gagueira, surdez e outros comportamentos anormais.

No atendimento dos casos de histeria, o socorrista deve: identificar por meio de testemunhas se realmente se trata de um possível caso de histeria; dar a devida atenção à vítima, estabelecendo um vínculo para ganhar sua confiança; ser discreto, não julgar a vítima ou emitir opiniões pessoais; procurar agir de forma tranqüila sem rispidez ou agressividade; assegurar-se de que os riscos existentes no local estão sob controle; afastar a vítima do público, pois nessa situação a vítima pode exagerar ainda mais seus atos; lembrar que, apesar da agitação motora, geralmente não ocorre agressividade física; e encaminhar a vítima para local especializado, mostrando que ela pode confiar nele.

Tentativa de suicídio

Sempre que você cuidar de uma vítima que tentou suicídio ou esteja a ponto de tentá-lo, sua primeira preocupação será com a sua segurança. Tenha certeza de que o local esteja seguro e que a vítima não tenha uma arma. Se você estiver seguro, estabeleça contato visual e verbal com a vítima, falando com calma e de maneira profissional.

O socorrista não fará nenhuma ameaça e nenhuma restrição física, evitando ainda discutir ou criticar a vítima. O socorrista deverá afastar ou solicitar apoio policial para deter pessoas que zombem da situação. É comum, em ocorrências nos prédios e viadutos, algumas pessoas irresponsáveis gritando para a vítima pular. Estas pessoas poderão ser detidas pela polícia ou pelos bombeiros, pois estão prejudicando a prestação de socorro público.

O socorrista perguntará se pode ajudar de alguma forma e tentará descobrir se a vítima está ferida. Deve haver calma e manutenção do contato face a face. Escutar a vítima e mostrar atenção ao que ela tem a dizer. O socorrista não poderá ficar em locais onde haja iminência de explosão ou queda, sendo que nos casos de locais altos, a ancoragem é item obrigatório para todos.

Se a vítima der qualquer indicação de que pode machucar os outros, tenha certeza de sua própria segurança e acione apoio policial. Situações freqüentes que o socorrista pode deparar são os casos de tentativa de suicídio. As vítimas utilizam várias formas para obter sucesso, como ingestão exagerada de drogas ou outros produtos, ameaças de se jogar de grandes alturas, uso de armas de fogo, etc. Elas quase sempre comunicam antes sua intenção. Sabe-se que 70% dos

suicídios ocorrem em conseqüência de uma fase depressiva; pessoas mais velhas são mais propensas a se suicidar; quanto mais for planejado, mais provável que ocorra uma nova tentativa; tentativas em homens são quase sempre mais graves, mais brutais, mais bem-sucedidas do que em mulheres; qualquer distúrbio de comportamento aliado ao álcool poderá provocar uma tentativa de suicídio; a depressão mais o isolamento social e a falta de religião aumentam o risco.

Antes de abordar uma vítima que está tentando se matar, o policial militar deve assegurar-se que não há risco para si ou para outras pessoas. No atendimento dos casos de tentativa de suicídio, além das recomendações relativas à segurança do local, é imprescindível que seja estabelecido um canal de comunicação com a vítima. Algumas pessoas cometem gestos suicidas nos quais a intenção não é acabar com a vida, mas apenas chamar a atenção. Mesmo assim, não devemos tratá-las com menosprezo, tendo em vista ser um distúrbio de comportamento. O socorrista deve angariar a confiança da vítima, utilizando-se desse canal. Na maioria dos casos, a empatia entre a vítima e a pessoa que quer salvá-la não segue regras de hierarquia ou de funções.

A primeira pessoa que conseguir estabelecer um canal de comunicação e conquistar a confiança da vítima terá maiores chances de resolver a situação. Algumas regras gerais para o atendimento de tentativa de suicídio são: manter a discrição ao chegar ao local da ocorrência, não usando sirenes próximo ao local; evite criar tumulto, pois isso poderá incentivar a vítima a concretizar seu intento; estudar cuidadosamente o local, neutralizando ou minimizando os potenciais riscos a si próprio, a outras pessoas e à própria vítima; solicitar apoio imediatamente; apenas uma pessoa mantenha contato com a vítima, a fim de conquistar sua confiança; estabelecer diálogo de forma pausada, firme, clara e num tom de voz adequado à situação; jamais assumir qualquer atitude hostil para com a vítima; procurar descobrir qual o principal motivo de sua atitude e seus antecedentes; após conquistar sua confiança, iniciar o trabalho no sentido de dissuadi-la, sempre oferecendo segurança e proteção; e dominando a vítima, continue sendo atencioso até o término do atendimento; a vítima nunca será transportada na cabine do motorista, sempre que possível fará uso do cinto de segurança. A vítima poderá surtar durante o transporte, podendo agredir ou causar lesões no socorrista e ou acompanhante. 2

Vítimas de crime

Crime e violência são perigos significantes ao socorrista. Se um crime está ocorrendo ou se o criminoso ainda estiver no local, não tente aproximar-se da vítima ou oferecer qualquer tipo de cuidado. Acione apoio policial e não se aproxime até que o esteja seguro.

Sinais de local inseguro incluem: sinais de luta e vozes altas ou ruídos, como vidros se quebrando, estrondos ou tiros; uma quietude incomum ou escuridão no local (suspeite quando o local estiver "muito quieto"); armas visíveis ao redor ou nas mãos de alguém que esteja no local; sinais de uso de álcool ou drogas por pessoas presentes no local que podem parecer violentas ou agressivas a você ou a vítima; se a região for um local conhecido de ocorrência de violência e crimes.

Seu primeiro dever como socorrista será providenciar cuidados de emergência da vítima; porém preservando as evidências que serão utilizadas no tribunal. Toque apenas no que for preciso. Não use telefones do local, a menos que você não tenha outra escolha, para pedir ajuda com urgência. Só mova a vítima se houver perigo ou se algum cuidado essencial for necessário (movê-lo para uma superfície dura para realizar RCP, por exemplo). Se você mover ou tocar em algo, lembre-se de relatar ao apoio policial.

Se o crime for um estupro ou abuso de uma criança, não lave a vítima e não permita o uso do banheiro. Não deixe que a vítima troque as roupas íntimas. Não permita a vítima ingerir líquidos ou comida. Ao negligenciar estes cuidados, você poderá destruir as provas. Explique suas ações para a vítima. Conforte e distraia a vítima quando for uma criança. Não sobrecarregue a vítima com perguntas sobre o crime, especialmente à vítima de estupro. Mantenha seus deveres de cuidado a vítima. Uma das coisas mais importantes para um socorrista, ao proporcionar cuidados a uma vítima de crime, é oferecer apoio emocional e segurança para a vítima.

Vítimas envolvidas com uso de álcool e drogas

O uso abusivo de bebidas alcoólicas ou consumo de drogas, infelizmente, é algo muito comum nos dias de hoje. É difícil acharmos alguém que não possua um familiar, amigo ou conhecido que já fez uso de drogas ou de bebidas alcoólicas. O consumo de álcool não tem sido problema quando feito socialmente, porém, o abuso, configurando o alcoolismo, gera grandes transtornos sociais, familiares, no emprego e para a saúde. Desde os anos 90, o usuário de drogas tem sido tratado de uma forma coerente, ou seja, como um doente (drogadicto) e não mais como criminoso. Os socorristas ficam numa situação difícil, quando estes adictos passam a ser vítimas de trauma ou mal súbito, requerendo assim vários procedimentos de segurança e cuidados especiais no trato pessoal. Não só a possível atitude violenta é perigo ao socorrista, outro risco é o contato com secreções, seringas, armas, produtos e etc. Álcool é uma droga, socialmente aceita quando ingerida com moderação, mas ainda assim uma droga. O abuso de álcool, como qualquer outra droga, pode conduzir a enfermidades, envenenar o corpo, determinar comportamento anti-social e morte. Ela pode ter um problema clínico ou um trauma que requerem cuidados. A vítima pode estar ferida ou pode ferir outras pessoas enquanto estiver alcoolizado. Determine que o problema foi causado pelo álcool e que este abuso é o único problema. Lembre-se que diabetes, epilepsia, ferimentos na cabeça, febres altas e outros problemas clínicos podem fazer a vítima parecer alcoolizado. Se a vítima permitir, faça a entrevista. Em alguns casos, você terá que depender das pessoas presentes no local para obter uma informação significativa.

Os sinais de abuso de álcool, geralmente, são: odor de álcool no hálito da vítima ou em suas vestimentas. Isto é bastante significativo. Falta de equilíbrio e com movimentos instáveis, sem coordenação. Fala desarticulada e com inabilidade para manter a conversação. Rubor, suor e queixa de calor. Vômito ou desejo de vomitar.

Havendo crise de abstinência, notada geralmente pelo “*delirium tremens*”, atente para os sinais: confusão e inquietação, comportamento atípico de fúria ou agitação intensa, alucinações e tremor nítido nas mãos.

Como você pode ver, alguns dos sinais apresentados no abuso de álcool são semelhantes àqueles encontrados em emergências clínicas. Certifique-se de que não é hálito cetônico, apresentado pelo diabético. Tenha certeza de que o único problema é o abuso de álcool. Lembre-se, pessoas feridas ou doentes também abusam do álcool. Os efeitos do álcool podem mascarar os sinais típicos e sintomas. Também esteja alerta para outros sinais, como sinais vitais alterados devido ao álcool e drogas. Nunca pergunte se a vítima tomou qualquer droga, pois ele pode pensar que você está reunindo evidências de um crime. Pergunte se algum medicamento foi ingerido enquanto bebia.

Os procedimentos básicos para vítima de abuso de álcool serão: Obter a história da vítima por meio de testemunhas, familiares ou dela própria; Fazer o exame físico para descobrir qualquer emergência clínica ou outras lesões.

Procure cuidadosamente sinais de traumas e de enfermidade. Monitorar sinais vitais, ficando alerta para problemas respiratórios. Pedir a vítima que faça um esforço para manter-se acordado. Ajudar a vítima quando estiver vomitando para impedir que aspire o vômito. Proteja a vítima de danos adicionais, sem o uso da restrição. As vítimas de drogas possuem comportamento tão diverso que torna necessário ao socorrista conhecer os tipos de drogas mais comuns. As drogas classificam-se como estimulantes, depressoras, narcóticas, alucinógenas ou substâncias químicas voláteis. Estimulantes afetam o sistema nervoso central de maneira a excitar o usuário. Depressores afetam o sistema nervoso central, relaxando o usuário. Narcóticos afetam o sistema nervoso, causando mudanças nas atividades normais do corpo do indivíduo, que produzem um intenso estado de relaxamento e sentimento de bem estar. Alucinógenos, agem produzindo um intenso estado de excitação ou distorção da realidade em que o usuário se encontra. É necessário que o socorrista descubra o possível abuso de drogas, se há "overdose" e relacione certos sinais a certos tipos de drogas. Os sinais e sintomas de abuso de drogas e "overdose" podem variar de vítima para vítima, até mesmo quando estão sob efeito da mesma droga. Se você tiver qualquer dúvida, então pergunte se a vítima tomou remédio ou usou alguma droga.

Estes sinais e sintomas têm muito em comum com emergências clínicas. Nunca afirme que há um abuso de álcool ou droga, se não tiver certeza. Ao proporcionar cuidados a vítima com abuso de drogas, você deve: oferecer medidas de suporte de vida, se necessário; pedir ajuda o mais rápido possível; os profissionais devem ser informados que o problema pode ter sido causado por drogas; monitorar sinais vitais e estar alerta para parada respiratória; conquistar a confiança da vítima e ficar alerta; Proteger a vítima de danos adicionais; providenciar cuidados contra estado de choque; continuar apoiando a vítima ao longo de todas as fases de cuidado.

Recomendações

As ambulâncias devem chegar ao local da ocorrência de forma discreta e sem criar tumulto. Estudar inicialmente o local; ao aproximar-se, observar o paciente e aqueles que estiverem com ele. Alguns sinais (linguagem corporal, por exemplo) esclarecem certos fatos.

Levar sempre consigo um bloco de anotações, e anotar o maior número possível de dados. Fazer os registros em letras de forma e legíveis, com caneta esferográfica azul ou preta, para perfeito entendimento, de modo a não causar dúvidas a quem irá manuseá-lo.

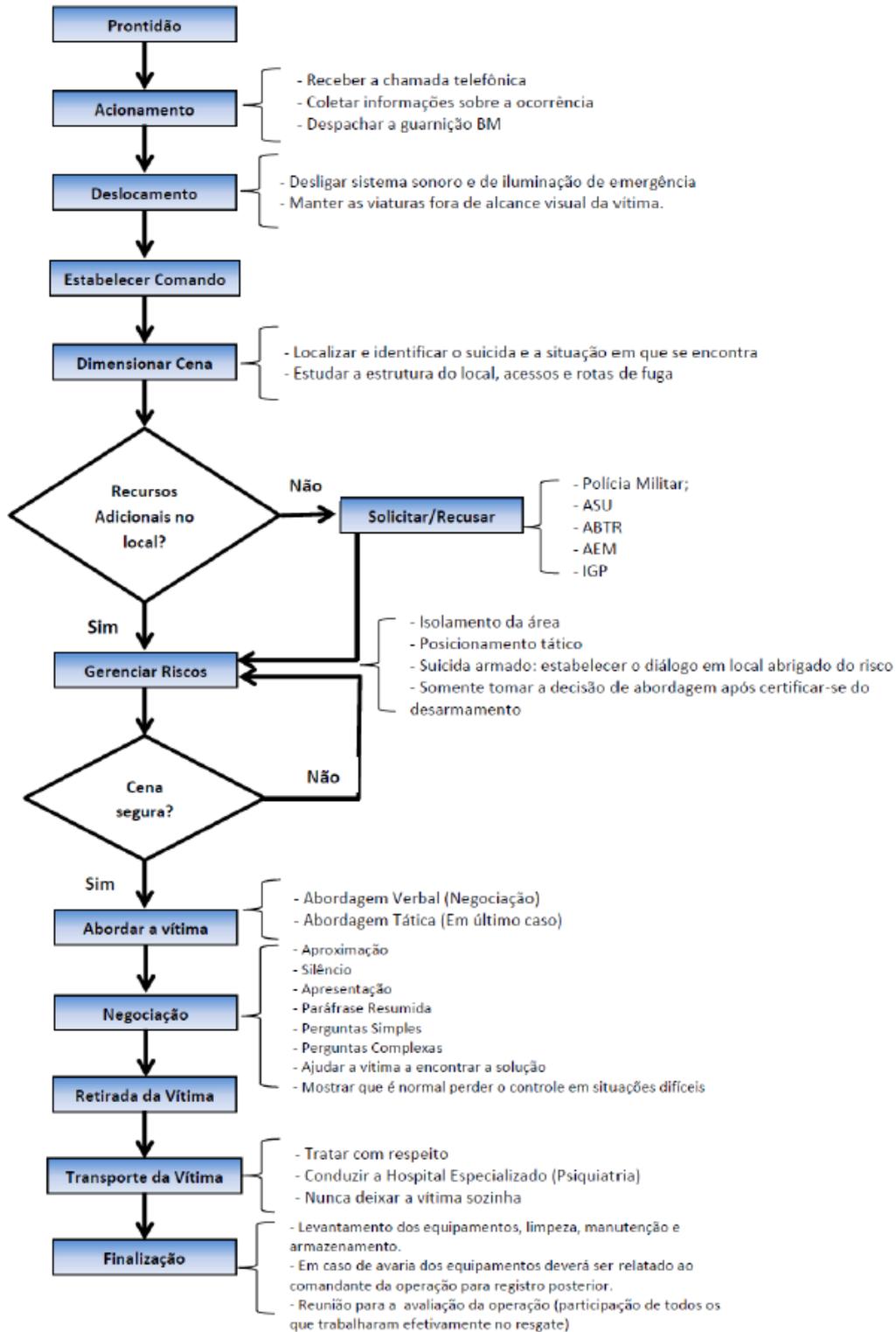
Nos casos de atendimento de ocorrências policiais, transmitir os dados ao investigador de polícia de plantão. Recolher os pertences da vítima em embalagem própria (saco de pertences). Indicar o nome do hospital para o qual a vítima foi transportada.

POP do Guia de Orientações do Corpo de Bombeiros de Santa Catarina para Tentativa de Suicídio⁶⁹¹

C-04 / PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS / TENTATIVA DE SUICÍDIO	
EMERGÊNCIAS DE MÉDICAS / CLÍNICAS	
ATENÇÃO! Oriente o SOLICITANTE para responder a TODOS os questionamentos que fizer e proceder exatamente como for orientado.	
1º INFORME que a ajuda está a caminho	VOCÊ deve se manter CALMO Tudo bem?
2º PEÇA para seguir as orientações	Agora OUÇA com ATENÇÃO e FAÇA exatamente o que eu lhe DIZER
ATENÇÃO! Ocorrência envolvendo PERIGO DE VIDA enviar SOCORRO necessário.	
PERGUNTAS CHAVES	
A Vítima está VIOLENTA?	A Vítima tem algum tipo de ARMA?
Está tentando / Já cometeu SUICÍDIO?	Possui alguma lesão/hemorragia GRAVE?
A Vítima está ALERTA?	RESPIRA normalmente?
ATENÇÃO! Vítimas PSIQUIÁTRICAS emergenciais (qualquer nível de consciência) devem ser CONSIDERADAS como de RISCO POTENCIAL a si mesma e aos outros.	
INSTRUÇÕES PRÉ-SOCORRO	
<i>(Se houver Arma)</i> Solicite apoio da Polícia Militar para garantir a segurança da cena.	<i>(Enforcamento)</i> Cortar a corda, se for realizar procedimentos de socorro.
Mantenha a pessoa no local.	Repasse a equipe de emergência os medicamentos , que a vítima faz uso.
TIPOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIOS	
FAF, FAB	Queda
Envenenamento	Traumas Específicos
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vítimas psiquiátricas e suicidas precisam muito mais da atenção de pessoas sensíveis e solícitas do que tecnologia médica. Conseguir um bom canal de comunicação é a chave para o sucesso da ocorrência. 2. Algumas doenças sérias podem ser confundidas como um simples problema psiquiátrico. Estas doenças podem ser: choque por falta de insulina, grande perda de sangue falta de oxigênio, overdose, comprometimento do fígado ou rim, etc. 3. Se o tipo de tentativa de suicídio é determinado durante as questões como sendo overdose, FAF, FAB ou qualquer outro tipo mais específico, vá para o cartão específico. 4. Se a vítima é o solicitante, mantenha-o na linha até a chegada do socorro. 	
C-04 / PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS / TENTATIVA DE SUICÍDIO	

⁶⁹¹ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Segurança Pública. Corpo de Bombeiros Militar. **Guia de Atendimentos às Emergências**. Florianópolis: DE CEBM; Academia de Bombeiros Militar, 2012. Disponível em: <<http://www.cbm.sc.gov.br/cccobom/images/arquivos/GUIA%20DE%20ORIENTA%C3%87%C3%83O%20PARA%20ATENDIMENTO%20AS%20EMERG%C3%84NCIAS%20-%20COMPLETO.pdf>>.

Fluxograma para resgate de suicida por bombeiros



Fonte: Pinheiro, 2014⁶⁹².

⁶⁹² PINHEIRO, Raniel Teles **Atendimento a ocorrências envolvendo tentativa de suicídio**. (Monografia, Curso de Formação de Oficiais. Orientador: Major BM Luciano Mombelli da Luz). Florianópolis: CEBM Santa Catarina 2014. Disponível em: <http://biblioteca.cbm.sc.gov.br/biblioteca/dmdocuments/CFO_2014_Teles.pdf>.



Urgências e emergências psiquiátricas no SAMU, em prontos-socorros e em CAPS

Protocolo de acolhimento

Alan Indio Serrano
Ramon Tartari
Rosalie Kupka Knoll
Daiane S. Rotava
Guilherme Mello Vieira
Anna Paula G. Macarini

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SAMU PARA ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

O atendimento em domicílio é uma das atividades que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) presta. O procedimento operacional padrão (POP) adotado em Santa Catarina tem sido testado e demonstra bons resultados. Desenvolvido por funcionários do Serviço Médico de Urgência⁶⁹³, o POP conta com alguns pontos importantes para o atendimento em saúde mental:

- 1) O socorrista, ao ouvir o chamado da central via rádio, desloca-se imediatamente para a unidade móvel e confere se toda a equipe (médico e enfermeiro) ouviram o acionamento e aguarda o restante da equipe (enfermeiro e médico) dentro da unidade móvel. A equipe terá, para iniciar o deslocamento, 30 segundos nos códigos 1 (emergência) e 1 minuto nos códigos 2 (urgência), sendo registrado através da comunicação com a central e aviso de início do deslocamento (J9) conforme POP da comunicação via rádio.
- 2) Em caso de código 1, o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente e sirene.
- 3) Em caso de código 2, o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente. Não ligar sirene.
- 4) Independente do tipo de ocorrência a segurança da equipe é prioridade, portanto o motorista deve ter responsabilidade no trânsito e direção defensiva.
- 5) Transportar sempre para o local da ocorrência as mochilas concernentes ao atendimento em questão: sempre as mochilas vermelha e verde,

⁶⁹³ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Procedimento operacional padrão:** POP do serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/192 [Elaboração: Micheline Moreira Kemper, Elaine Cristine Cunha, Melissa Orlandi Honório, Denise Cavallazzi Póvoas de Carvalho]. Florianópolis: SES/SC, 2006. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/rotinas/rotinas-sanitarias>>.

adicionando a mochila laranja quando se tratar de casos traumáticos e a mochila azul quando se tratar de casos clínicos.

- 6) Dependendo do tipo de ocorrência, comunicada pelo médico regulador, a equipe deve se organizar em relação a que tipo de material e como transportá-lo, a fim de diminuir o tempo resposta do atendimento.
- 7) Portar, em qualquer ocorrência, os EPI (equipamento de proteção individual): luva, máscara, óculos de proteção, capacete (quando há risco de desabamento), conforme POP da utilização dos EPI.
- 8) Colocar a vítima, quando possível, em local isolado do restante da família para que sejam realizados os procedimentos necessários sem expor a vítima e os demais membros da família a estresse desnecessário.
- 9) Ao atender o paciente no domicílio, não esquecer de informar a família os procedimentos que estão sendo realizados e a evolução do mesmo, de forma coerente e com responsabilidade.
- 10) Após o atendimento, quando o paciente estiver em condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória, averiguar junto à Central de Regulação o destino do paciente, para depois colocá-lo na unidade móvel para transportá-lo.
- 11) Após o atendimento, caberá ao motorista-socorrista averiguar se não ficou nenhum material contaminado ou equipamento no domicílio, colocando-os em recipientes adequados.
- 12) Desprezar no lixo hospitalar da unidade móvel todo material utilizado no atendimento ao paciente (luvas, gases, esparadrapos, ataduras, etc.).
- 13) Desprezar os materiais perfurocortantes utilizados no atendimento (agulha, scalps, abocath, bisturis, intracath, etc.) no descartpack (caixa de papelão rígido para desprezar perfurocortantes).
- 14) Anotar tudo o que foi gasto de material na folha de gasto conforme já visto na troca de plantão para que o próximo enfermeiro tenha noção do que foi gasto e do que precisa repor na unidade.
- 15) Transportar a vítima para o destino conforme orientação da central de regulação, anotando na ficha de atendimento o nome do Hospital e do médico receptor, conforme POP do Transporte de paciente.
- 16) Entregar o paciente para o médico e equipe de enfermagem, passando para a equipe o que foi feito no paciente e o quadro do mesmo, conforme POP de entrega do paciente à equipe do Hospital.
- 17) Deixar uma cópia da ficha de atendimento com a equipe receptora ou com paciente ou familiares.

2. PONTOS DO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SAMU PARA ATENDIMENTO EM VIA PÚBLICA

Atendimentos na rua e em estradas fazem parte da rotina do SAMU de Santa Catarina, que utiliza o seguinte procedimento operacional padrão⁶⁹⁴:

⁶⁹⁴ SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Procedimento operacional padrão**: POP do serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/192 [Elaboração: Micheline Moreira Kemper, Elaine Cristine Cunha, Melissa Orlandi Honório, Denise Cavallazzi Póvoas de Carvalho]. Florianópolis: SES/SC, 2006. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/rotinas/rotinas-sanitarias>>.

- 1) O socorrista, ao ouvir o chamado da central via rádio, desloca-se imediatamente para a unidade móvel e confere se toda a equipe(médico e enfermeiro) ouviram o acionamento e aguarda o restante da equipe (enfermeiro e médico) dentro da unidade móvel. A equipe terá, para iniciar o deslocamento, 30 segundos nos códigos 1 (emergência) e 1 minuto nos códigos 2 (urgência), sendo registrado através da comunicação com a central e aviso de início do deslocamento(J9) conforme POP da comunicação via rádio.
- 2) Em caso de código 1, o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente e sirene.
- 3) Em caso de código 2, o socorrista deve ligar (F4), giroflex, estrobo, intermitente. Não ligar sirene.
- 4) Independente do tipo de ocorrência a segurança da equipe é prioridade, portanto o motorista deve ter responsabilidade no trânsito e direção defensiva.
- 5) Transportar sempre para o local da ocorrência as mochilas concernentes ao atendimento em questão: sempre as mochilas vermelha e verde, adicionando a mochila laranja quando se tratar de casos traumáticos e a mochila azul quando se tratar de casos clínicos.
- 6) Dependendo do tipo de ocorrência, comunicada pelo médico regulador, a equipe deve se organizar em relação a que tipo de material e como transportá-lo, a fim de diminuir o tempo resposta do atendimento.
- 7) Portar, em qualquer ocorrência, os EPI (equipamento de proteção individual): luva, máscara, óculos de proteção, capacete (quando há risco de desabamento), conforme POP da utilização dos EPI.
- 8) No Atendimento em via pública, deve-se ter o cuidado com o equipamento de proteção coletivo (cones) para sinalizar o local da ocorrência e proteger a equipe de terceiros, assim como solicitar que a central de regulação que comunique a polícia para fazer a proteção do local e da equipe.
- 9) Após imobilização e manobras de suporte básico de vida, colocar a vítima na unidade móvel, procedendo os demais cuidados sem que a pessoa fique exposta a curiosos.
- 10) Após o atendimento, quando o paciente estiver em condições mínimas de estabilidade hemodinâmica e ventilatória, averiguar junto à Central de Regulação o destino do paciente para transportá-lo.
- 11) Após o atendimento, caberá ao motorista-socorrista averiguar se não ficou nenhum material contaminado ou equipamento no domicílio, colocando-os em recipientes adequados.
- 12) Desprezar no lixo hospitalar da unidade móvel todo material utilizado no atendimento ao paciente (luvas, gazes, esparadrapos, ataduras, etc.).
- 13) Desprezar os materiais perfuro-cortantes utilizados no atendimento (agulha, scalps, abocath, bisturis, intracath) no descarpac (caixa de papelão rígido para desprezar perfurocortantes).
- 14) Anotar tudo o que foi gasto de material na folha de gasto conforme já visto na troca de plantão para que o próximo enfermeiro tenha noção do que foi gasto e do que precisa repor na unidade.
- 15) Transportar a vítima para o destino conforme orientação da central de regulação, anotando na ficha de atendimento o nome do Hospital e do médico receptor, conforme POP do Transporte de paciente.
- 16) Entregar o paciente para o médico e equipe de enfermagem, passando para a equipe o que foi feito no paciente e o quadro do mesmo, conforme POP de entrega do paciente à equipe do Hospital.
- 17) Deixar uma cópia da ficha de atendimento com a equipe receptora ou com paciente ou familiares.

3. MODALIDADES DA DEMANDA EM PRONTO-SOCORRO

Os objetivos de um atendimento psiquiátrico emergencial são a estabilização do quadro, a exclusão de uma causa orgânica e o encaminhamento a um serviço capaz de dar sequência.

As ferramentas informatizadas do sistema público de regulação utilizam uma classificação quádrupla para a demanda de consultas, representada por cores:

- ● Prioridade Zero – Emergência, necessidade de atendimento imediato – vermelha;
- ● Prioridade 1 – Urgência, atendimento o mais rápido possível – laranja;
- ● Prioridade 2 – Prioridade não urgente – verde;
- ● Prioridade 3 – Atendimento eletivo – azul.

Os casos envolvendo risco iminente de morte, de auto ou heteroagressão, e surtos psicóticos com agitação psicomotora não entram no sistema de marcação de consultas ambulatoriais: são atendidos diretamente por equipes emergencistas em serviços pré-hospitalares ou hospitalares⁶⁹⁵.

Na prática, em qualquer serviço de urgência, como os prontos-socorros de hospitais gerais, as unidades de pronto-atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as equipes emergencistas lidam com várias situações de saúde mental. Tradicionalmente, três modalidades de atendimento têm sido encontradas nestes serviços: emergência, urgência e atendimento eletivo.

Em saúde não vale o atendimento por ordem de chegada, por idade (como no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Estatuto do Idoso), por sexo, ou por outro critério, além do critério da gravidade do caso. Nos prontos-socorros e unidades de pronto-atendimento mais organizados é feito o acolhimento com classificação de risco (triagem classificatória de risco)⁶⁹⁶. Um exemplo de fluxo em pronto socorro é mostrado no quadro seguinte.

Isto organiza o fluxo de pacientes, humaniza o atendimento e melhora sua efetividade. Há métodos desenvolvidos no Brasil, de boa qualidade técnica^{697, 698}, cuja implantação exige metodologia adequada, preparação prévia da comunidade interna e externa e adesão dos funcionários e dos gestores⁶⁹⁹.

⁶⁹⁵ Socorrista é o profissional habilitado para atendimento no suporte básico de vida na urgência com atuação na emergência clínica. Emergencista é o profissional graduado dedicado ao suporte intermediário em emergência clínica. O médico emergencista é aquele dedicado à emergência médica em suporte avançado.

⁶⁹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>.

⁶⁹⁷ SOUZA, Cristiane Chaves de et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100005&lng=en&nrm=iso>.

⁶⁹⁸ GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgana Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, Feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=en&nrm=iso>.

⁶⁹⁹ OLIVEIRA, Suely Belchior, et al. As dificuldades enfrentadas por enfermeiros com a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: uma análise dos artigos publicados desde a proposta do Ministério da Saúde em 2004. **FIGESC Revista Internacional em Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4 (2014). Disponível em: <<http://seerfuture.com.br/index.php/FIGESC/article/view/20>>.

Define-se como consulta de **emergência** a que implica uma condição de agravo à saúde com risco de vida ou sofrimento intenso, necessitando, portanto, de assistência médica imediata. Em psiquiatria, a emergência é conceituada como um transtorno no pensamento, nos sentimentos ou nas ações, envolvendo risco de morte ou risco social grave e necessitando de intervenções imediatas, inadiáveis. O tempo, neste tipo de caso, é medido em minutos.

Tais casos geralmente incluem situações de violência, de suicídio ou tentativa de suicídio, de tentativa de homicídio, estados de agitação psicomotora ou de excitação maníaca, automutilação, juízo crítico acentuadamente comprometido e autonegligência severa⁷⁰⁰. Nem sempre o próprio paciente percebe a gravidade de seu quadro. A evolução se mostra rápida e possivelmente catastrófica, implicando avaliação imediata em regime de alta complexidade ou hospitalar⁷⁰¹.

A consulta de **urgência** implica a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida, que necessita assistência imediata em até 24 horas. As urgências psiquiátricas geralmente são quadros de evolução mais lenta e compreendem situações nas quais os riscos são menores e necessitam de intervenções a curto prazo (horas). Como exemplos, incluem-se os quadros agudos de ansiedade e as síndromes histéricas conversivas.

A **prioridade não urgente** representa uma condição sem risco de morte ou de grande sofrimento imediato. São casos em situações agudas mas de urgência relativa, ou não agudas mas com uma ansiedade tão grande que indique atende-las antes das consultas eletivas simples. São casos não críticos, merecendo observação.

A consulta para **atendimento eletivo** é programável. Atendimento eletivo é aquele em que a rapidez da intervenção não é essencialmente importante, podendo haver encaminhamento à assistência ambulatorial. Ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal, fornecimento de receitas e dúvidas sobre as medicações entram nessa categoria.

A utilização dos serviços de emergência diminuiria se a população tivesse um atendimento continuado na unidade básica de saúde de sua área geográfica. A utilização exagerada dos serviços de emergência é um indicador sentinela do baixo grau de vínculo entre o serviço de saúde na atenção primária e o paciente. Este vínculo precário resulta em sobrecarga e condições insatisfatórias de trabalho para o médico emergencista.

Nos serviços de emergência, a demanda excessiva afeta a qualidade do atendimento e aumenta o custo do sistema sanitário. Há maiores chances, para quem tem bom vínculo com um serviço básico de saúde, de procurar o pronto-socorro, a unidade de pronto atendimento (UPA) e o SAMU, somente na vigência de verdadeiros casos de urgência ou de emergência⁷⁰².

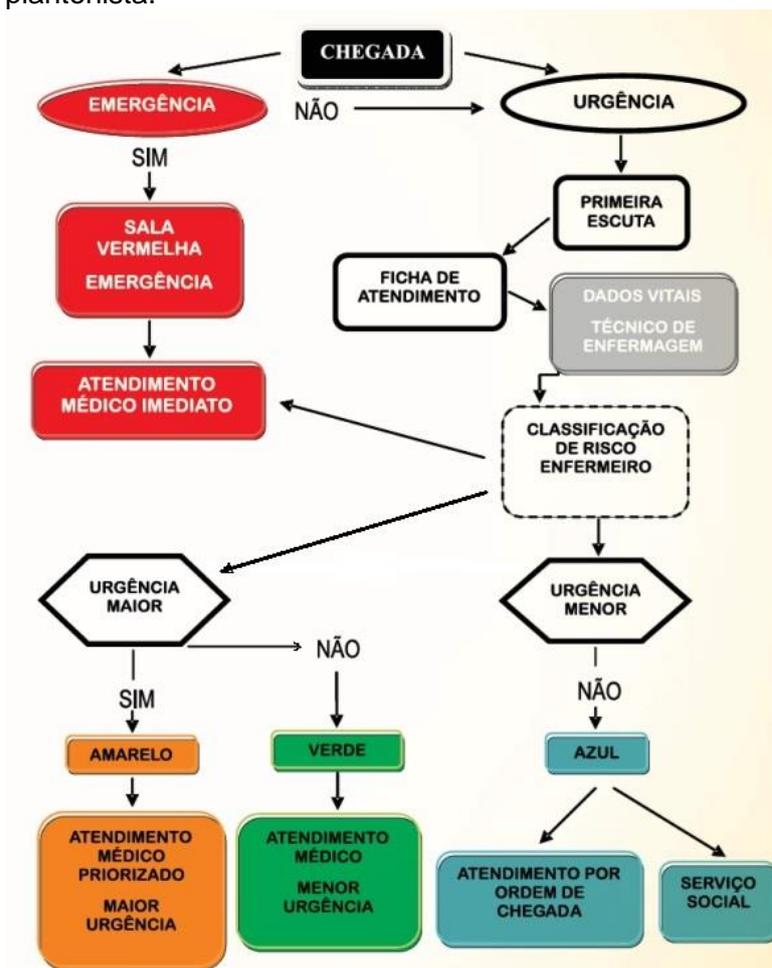
Para a abordagem adequada de um caso de urgência ou de emergência é necessário fazer uma cuidadosa coleta e registro das informações, ter suporte de outras especialidades médicas porventura necessárias ao entendimento do quadro, e conhecimento da rede de saúde onde o usuário do serviço está inserido.

⁷⁰⁰ KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; CHACHAMOVICH, E. **Emergências Psiquiátricas**. 3ª. ed.. Porto Alegre: Artmed.; 2014.

⁷⁰¹ ALLEN, M.H.; FORSTER, P.; ZEALBERG, J.; CURRIER, G. **Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services**. Washington: American Psychiatry Association, 2002.

⁷⁰² STEIN, Airton Tetelbom. **Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência**. [Tese de doutorado. Orient.: Ellis D'Arrigo Busnello; Co-orient.: Bruce Duncan]. Porto Alegre: UFRGS, 1998. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1919/000223165.pdf?sequence=1>>.

Além disso, é necessária uma relação de empatia e respeito com toda a equipe plantonista.



Sugestão de fluxo básico para prontos-socorros.

Fonte: São Luís, 2012⁷⁰³.

4. SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS EM PRONTOS-SOCORROS

Como regra geral, os profissionais de prontos-socorros e de unidades de pronto-atendimento devem se lembrar que sinais e sintomas psiquiátricos podem ser a primeira manifestação de:

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

Quatro questões são essenciais ao profissional de saúde:

- Que problema está sendo trazido?
- Quem é a pessoa?
- Por que agora?
- Qual o problema focal?

Geralmente, nos serviços de emergências, há um tempo limitado para a realização da entrevista inicial, pois há volume de problemas com características clínicas exigindo intervenção precoce, pressões da demanda e

⁷⁰³ SÃO LUÍS. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**. São Luís (MA): Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf>.

expectativas da equipe. A entrevista, pois, deve ser dirigida, fazendo-se uma busca ativa dos sintomas e sinais.

É interessante que os casos, logo na chegada, sejam dirigidos a um gabinete de triagem, onde serão submetidos a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sintomas ou de sinais que permitam atribuir um grau de prioridade clínica no atendimento. A este grau corresponderá uma cor e um tempo de espera recomendado, até ocorrer a primeira observação médica.

Todos os funcionários precisam considerar que a missão de um serviço de urgências é o atendimento das situações classificadas entre o vermelho e o amarelo (emergentes e urgentes), representativas de situações de risco para a saúde. Quanto mais grave é a situação clínica, mais rápido deve ser a inclusão do paciente no serviço.

Geralmente são classificáveis em cor vermelha os casos de *delirium tremens*, toxicidade por álcool ou outras drogas, comportamento violento, tentativas de suicídio ou de homicídio, agitação extrema, ou os casos em que o paciente está inconsciente.

Classificam-se, na maior parte das vezes, em amarelo, os casos de síndrome de abstinência alcoólica (ainda não em *delirium*), comportamento bizarro, agitação menos intensa, estado de pânico, potencial de agressividade, alucinação ou desorientação, pensamentos e atitudes sugestivos de condutas suicidas ou homicidas, síndromes extrapiramidais iatrogênicas (por sensibilidade ou altas doses de neurolepticos, como o haloperidol e a risperidona). Também pode-se incluir as crises dissociativas ou conversivas capazes de mobilizar e atingir emocionalmente outros pacientes em sala de espera, pois sua característica invasiva sobre o grupo complica o andamento do trabalho.

São classificados em verde os transtornos situacionais, as queixas de insônia, atos histéricos conversivos leves, embriaguez.

Todas as demais condições, não agudas, como regra, são classificadas em azul.

Entre estas, aportam aos serviços de emergência casos de ansiedade por distúrbios situacionais. Muitas vezes o paciente relata que “somente quer falar”, ou que “precisa de alguém que o compreenda”. O serviço deve ter uma postura acolhedora mas precisa estabelecer um limite à satisfação do desejo do paciente, explicando-lhe que deve ir a uma unidade básica de saúde.

Alguns pacientes comparecem para elucidar questões sobre dúvidas com medicação e com possíveis efeitos colaterais. Precisam ser educados sobre a importância de frequentarem as unidades de atenção primária, escolhendo a mais próxima de sua residência, para lá serem atendidos, com hora marcada. Estes pacientes devem ser encaminhados ao serviço que lhes receitou a medicação sobre a qual têm dúvidas. Em caso de rejeição àquele serviço, devem ser encaminhados a uma unidade básica. Se estão em tratamento em serviço especializado de saúde mental, como os CAPS, devem ser reencaminhados ao serviço.

Há pacientes que costumam buscar receitas de remédios, especialmente de remédios controlados, nos prontos-socorros. Muitos destes repetem prescrições anteriores, já sem indicação clínica, aproveitando os momentos em que os médicos estão ocupados com casos graves, no pronto-socorro, para convencê-los a se livrarem deles através da concessão da receita. Alguns destes cidadãos evitam fazer um tratamento coerente, buscando apenas a renovação de receitas em diversos médicos com os quais não querem montar vínculos e nem discutir aspectos de seus estilos de vida. O risco de se tornar cúmplice de um tratamento inadequado, e quiçá causador de dependência química, para o médico, é grande.

Alguns pacientes, geralmente com dores crônicas em articulações, hipertensos ou diabéticos, são conhecidos como frequentadores habituais de prontos-socorros. Entre estes há alguns recalcitrantes em montar vínculos

efetivos com a rede de atenção básica ou com serviços capazes de dar uma atenção efetiva a doenças crônicas. Alguns comparecem por lesões inespecíficas de pele (solicitando retirada de “sinal” cutâneo) ou por outros problemas que não causam dor ou sofrimento importante, idealizando-se o pronto-socorro, por ser o local onde as pessoas são atendidas em finais de semana, fora dos horários comerciais e sem agendamento prévio.

Ocorrem situações em que o cidadão pede pressa e atenção imediata, por sofrimentos que não colocam em risco sua vida e nem têm potencial de criar sequelas, pois há sofrimento pessoal e dificuldade do sujeito para se conter e para avaliar o grau de perigo. Pessoas que usam mecanismos de defesa histriônicos, podem chamar ou ser encaminhadas a serviços de emergência apresentando quadros de:

- a) Amnésia psicógena,
- b) Fuga dissociativa,
- c) Convulsões, quedas ou desmaios dissociativos,
- d) Anestésias ou perdas sensoriais dissociativas,
- e) Paralisias e transtornos motores dissociativos (abasia, astasia, ataxia),
- f) Transtornos somatoformes,
- g) Irritabilidade e agitação ansiosa,
- h) Transtornos hipocondríacos,
- i) Neurastenia.

5. SURTO PSICÓTICO E EPISÓDIO AFETIVO GRAVE

Outro tipo de crise é a que representa um surto psicótico, em doente agudo ou crônico. Outro, ainda é o da manifestação de um episódio de transtorno afetivo, de tipo maníaco ou de tipo depressivo. Nestes tipos, pertencentes ao espectro esquizofrênico ou ao afetivo, há eclosão de sintomas agudos de doença psíquica.

Se afeta diretamente a rotina da família, ou dos cuidadores, a crise psicótica ou afetiva passa a ser sentida pelas pessoas como uma urgência, demandando o transporte a uma instituição de saúde. Estas situações são, muitas vezes, levadas ao hospital psiquiátrico por famílias que insistem em fazer uma internação involuntária (ou até compulsória, após falarem com advogados). São vistas como perigosas para o paciente ou para terceiros.

Respondem a pelo menos três dos cinco parâmetros especificados na psiquiatria tradicional italiana⁷⁰⁴:

- 1)- Grave sintomatologia psiquiátrica;
- 2)- Grave ruptura no plano familiar ou social;
- 3)- Recusa do tratamento;
- 4)- Recusa obstinada de contato;
- 5)- Situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las.

O contexto destas demandas exacerba a crença – exagerada – de que os problemas psiquiátricos sempre envolvem periculosidade⁷⁰⁵. As práticas

⁷⁰⁴ DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto (1998). Resposta à crise – estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, Jaques (org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-95.

⁷⁰⁵ WILLRICH, Janaína Quinzen et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100004&lng=en&nrm=iso>.

desenvolvidas pelos profissionais do SAMU, além da medicação, junto aos usuários do serviço são⁷⁰⁶:

- 1) Conversa (diálogo com boa escuta);
- 2) Imobilização e contenção;
- 3) Não retribuir as agressividades;
- 4) Manter sempre a calma;
- 5) Transportar com segurança.

6. O PRONTO-SOCORRO COMO PARTE DE UMA REDE MAIS AMPLA

É fator decisivo para o bom funcionamento tanto da unidade de emergência, como da rede de saúde mental em que ele está inserido, que haja integração dos serviços de emergência com os demais serviços de saúde da região⁷⁰⁷. Os serviços de emergência com capacidade de atendimento de situações psiquiátricas, se funcionarem bem, podem melhorar a organização do fluxo de pacientes dentro da rede e evitar sobrecargas desnecessárias⁷⁰⁸.

Os prontos-socorros e as unidades de pronto-atendimento podem representar um marco central na estruturação das redes de saúde mental. Na prática, eles são um termômetro do funcionamento da atenção primária e secundária. Além disso, têm servido como um sistema tampão provisório, para suprir as demandas excedentes, associadas às deficiências dos serviços extra hospitalares.

São uma das principais portas de entrada para a rede de saúde mental, especialmente no caso dos pacientes em primeiro surto psicótico. Os serviços de emergência podem se tornar pontos importantes para prevenir e fazer diagnósticos precoces, incluindo pacientes na rede de atenção psicossocial.

Como regra os prontos-socorros podem atender casos psiquiátricos, mesmo ser ter psiquiatra. Na grande maioria das vezes não há indicação clínica de internação hospitalar.

Em tais casos, **após o atendimento emergencial ou urgente**, os serviços de urgência podem encaminhar o paciente a tratamento ambulatorial, pois eles necessitam de uma continuidade de avaliação ou de terapia. A estes, valem as sugestões idealizadas na residência médica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina⁷⁰⁹:

- 1) Pacientes com transtornos psiquiátricos moderados ou graves (a critério da avaliação clínica): encaminhamento por escrito para serviço ambulatorial especializado (CAPS, ou outro) da cidade de origem, com endereço e telefone, ou unidade básica do município de origem, com breve relatório do atendimento (incluindo conduta).

⁷⁰⁶ NASCIMENTO, Nilson Félix, et al. Atendimento móvel de urgência ao portador de transtorno mental: um desafio para a reforma psiquiátrica. 17°. **SEMPE**, Natal, 3-5 jun. 2013. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0227co.pdf>.

⁷⁰⁷ DEL-BEN, Cristina Marta; TENG, Chei Tung. Psychiatric emergencies: challenges and vicissitudes. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, Oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600001&lng=en&nrm=iso>.

⁷⁰⁸ BARROS, Régis Eric Maia; TUNG, Teng Chei; MARI, Jair de Jesus. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, Oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003&lng=en&nrm=iso>.

⁷⁰⁹ GOULART, Rafael. **Emergências e urgências psiquiátricas**: sugestão de um manual de rotinas para a Residência em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. São José: IPQ/SES, 2012.

- 2) Pacientes com transtornos psiquiátricos leves (a critério da avaliação clínica): encaminhamento por escrito para unidade básica de saúde do bairro ou da cidade de origem, com breve relatório do atendimento (incluindo conduta).
- 3) Pacientes com dependência química: encaminhar para serviço ambulatorial especializado, por exemplo CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas) ou, na ausência daquele, a CAPS geral (tipo I, II ou III) ou a unidade básica de saúde.

Uma maneira de facilitar o encaminhamento é deixar disponível na sala de atendimento, ou em arquivo salvo no computador, modelos de formulário com endereço e telefones dos serviços de saúde mental das procedências mais comuns.

Deve-se dar preferência ao atendimento em prontos-socorros de hospitais gerais, em vez de levar o paciente a hospitais psiquiátricos.

O maior erro potencial em psiquiatria de emergência consiste em ignorar uma doença física como causa de um quadro psiquiátrico. Qualquer sintoma psiquiátrico pode ser causado ou exacerbado por um distúrbio clínico não psiquiátrico e, quando um paciente chega a um serviço de emergência com alteração do pensamento, do humor ou do comportamento, é incumbência do médico que o avalia excluir etiologias clínicas⁷¹⁰.

É importante que o internista e o médico não psiquiatra tenham noções de psiquiatria que lhes permitam atender urgências e emergências deste tipo⁷¹¹. Como regra, os doentes mentais têm altas chances de apresentar comorbidades clínicas, mas o controle delas é menor que na população geral: essa população torna-se facilmente susceptível a intercorrências variadas.

O acesso a serviços diagnósticos e a outros especialistas – que não o psiquiatra – em um mesmo local, é de grande importância para o diagnóstico, o tratamento e o encaminhamento desses pacientes. Além disso, poupa tempo e gastos extras com transporte de pacientes do hospital psiquiátrico ao hospital geral, e vice-versa, para avaliações⁷¹².

A Associação Brasileira de Psiquiatria⁷¹³, assim como a Associação Americana de Psiquiatria⁷¹⁴, recomendam atender as urgências e emergências psiquiátricas de forma integrada a hospitais gerais.

A ética do cuidado implica uma “atenção urgente à pessoa em crise”⁷¹⁵, para além do simples atendimento de uma urgência com sintomas psiquiátricos.

⁷¹⁰ HYMAN, S.; TESAR, G.E. **Manual de Emergências Psiquiátricas**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. Disponível em:
<<https://www.bibliomed.com.br/book/showchptrs.cfm?bookid=97&bookcatid=0>>.

⁷¹¹ MANSUR, Carlos Gustavo. **Psiquiatria para o Médico Generalista**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

⁷¹² GOULART, Rafael. **Emergências e urgências psiquiátricas: sugestão de um manual de rotinas para a Residência em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina**. São José: IPQ/SES, 2012.

⁷¹³ ABP. **Proposta de diretrizes técnicas para assistência integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2009. Disponível em:
<http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf>.

⁷¹⁴ ALLEN, M.H.; FORSTER, P.; ZEALBERG, J.; CURRIER, G. **Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services**. Washington: American Psychiatry Association, 2002.

⁷¹⁵ JARDIM, K. F. S. B.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, 2007, 13(1), 169-189. Disponível em:
<http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20080521172535.pdf>.

7. OS CAPS DIANTE DAS CRISES E DAS URGÊNCIAS

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) têm sido chamados de “serviços de atenção à crise”. Alguns CAPS, contudo, têm escapado de atender as crises que envolvam surtos psicóticos e maníacos. Alguns chegam a se manter numa posição de ambulatório para consultas eletivas, ainda que enriquecido por oficinas terapêuticas.

Muitas crises que não envolvem risco de vida ou agressão grave podem ser resolvidas nos CAPS. O profissional do atendimento à crise se debruça sobre situações que rompem o mundo representacional. Nelas, o terapeuta se transforma numa ponte entre o paciente e a realidade⁷¹⁶. As crises que evoluem mal, podem ser encaminhadas, dos CAPS, a um pronto-socorro de hospital geral.

O SAMU, se chamado a levar o paciente, poderia convidar um profissional do CAPS para acompanhar o caso durante o transporte. Esta troca de experiências seria útil para ambos os lados. Esses profissionais poderão servir como aproximadores, disseminadores de ideias e semeadores de pequenas dúvidas, incitados a usar a imaginação, e a auxiliar na melhora de alguns fluxos previamente estabelecidos⁷¹⁷. No que diz respeito à atenção à crise e urgência psiquiátrica, é importante que pessoas sejam estrategicamente colocadas nos serviços de ambas as redes, ou que promovam intercâmbios de experiências.

Considerado complexo e difícil para a maioria dos profissionais de CAPS, muitos profissionais demonstram dificuldades de lidar com essa situação, ressentindo-se da falta de médicos e enfermeiros habilitados a acolher sujeitos nessas circunstâncias. Aparentemente, boa parte dos casos de crises em CAPS ainda é encaminhada diretamente para internação, em hospitais psiquiátricos ou gerais, sobrecarregando, desnecessariamente, tais hospitais⁷¹⁸. O despreparo para atender as situações de crise gera insegurança, medo e dificuldades para atender um público sujeito a desencadear, eventualmente, uma crise. Os CAPS precisarão ultrapassar estas limitações, inserindo-se de forma mais integral na rede.

8. CRISE

A expressão “crise”, em psiquiatria, foi usada, em diferentes épocas, com significados diversos. Tradicionalmente chama-se de crise qualquer perda abrupta da homeostase: o desequilíbrio causado por alguma novidade inesperada e mal recebida que modifique a vida da pessoa, associada a uma dificuldade pessoal para montar e perder vínculos (o que gera uma falta de resiliência). Tais ocorrências ligam-se a momentos atípicos ou a momentos normais da vida, como a eclosão da puberdade, o climatério, um divórcio, uma vivência de exílio, uma catástrofe natural, a guerra, a perda de emprego, a falência, um prêmio milionário na loteria, etc.. Este tipo de crise nem sempre representa uma urgência ou uma

⁷¹⁶ FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, 2007, 6(1), 31-44. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/44/84>>.

⁷¹⁷ CARVALHO, Claudia Maria Sousa, et al. Atuação do enfermeiro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência a pacientes psiquiátricos em Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina. v.5, n.3, p.31-35, Jul-Ago-Set. 2012. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/pesquisa/p5_v5n3.pdf>.

⁷¹⁸ MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em debate**, v. 36, n. 95, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400010&lng=en&nrm=iso>.

emergência em saúde. Ele corresponde a um momento de desajuste ou de desadaptação (porque algo foi perdido ou mudou) e de ajustamento (porque precisa se adaptar a novas circunstâncias).

A crise, nestes casos, refere-se a situações em que, no curso do desenvolvimento de vida, ocorrem vivências conflitivas e rupturas com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que sustentam a pessoa.

A crise pode ocorrer em um contexto individual (enquanto ajustamento em circunstâncias particulares ou, no máximo em contexto familiar ou de pequeno círculo) ou em um contexto coletivo, como nos casos de grandes catástrofes sociais.

A “teoria da crise”, de Erich Lindemann⁷¹⁹, da década de 1940, e sua sucedâneas técnicas de intervenções em crises^{720, 721}, aborda as consequências psicológicas após tragédias ou calamidades. Tem alto potencial de prevenção de sequelas e de transtornos secundários posteriores. Eventualmente foi interpretada de uma forma reducionista, facilitando a atribuição do adoecer psíquico quase que inteiramente a causas externas ou sociais. Outra vezes favoreceu uma interpretação excessivamente ampliada e medicalizante, criando o temor de desenvolverem-se doenças a partir de situações da vida cotidiana tidas como estressantes⁷²².

Uma crise bem resolvida pode auxiliar no desenvolvimento pessoal. Mal resolvida, sem compensar o colapso das estratégias prévias de enfrentamento, pode aumentar os riscos para uma pessoa já vulnerável ou predisposta⁷²³.

9. CRISE EM CATÁSTROFES E DEFESA CIVIL

As catástrofes demandando apoio da defesa civil implicam inundações, avalanches, furacões, secas, incêndios, acidentes com muitas vítimas.

Poderá haver sofrimentos que exijam socorro urgente, neste tipo de crise, em pessoas vulneráveis, localizadas em cenários especiais, complexos e angustiantes. Alguns destes casos não apresentam sintomas no momento da crise (como numa catástrofe natural ou por acidente muito grave), mas podem deixar sequelas graves (como nos transtornos de estresse pós-traumáticos).

⁷¹⁹ LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. **American Journal of Psychiatry**, 1944, *101*, 141-148. Disponível em: <<http://www.nyu.edu/classes/gmoran/LINDEMANN.pdf>>.

⁷²⁰ ROBERTS, Albert R.; OTTENS, Allen J. The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. **Brief Treatment and Crisis Intervention**, 2005 *5*(4):329-339; doi:10.1093/brief-treatment/mhi030. Disponível em: <<http://btci.edina.clockss.org/cgi/content/full/5/4/329/>>.

⁷²¹ PULEO, Stephanie; McGLOTHLIN, Jason. Overview of Crisis Intervention. In: JACKSON-CHERRY, Lisa; ERFORD, Bradley. **Crisis Assessment, Intervention, and Prevention** (2a. ed.). Old Tappan (NJ): Person, 2013. Disponível em: <http://ptgmedia.pearsoncmg.com/images/9780132431774/downloads/Jackson_Ch1_OverviewofCrisisIntervention.pdf>.

⁷²² FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, 2007, *6*(1), 31-44. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/44/84>>.

⁷²³ SÁ, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. Intervenção em crise. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008&lng=pt&nrm=iso>.

Programa integrados à defesa civil podem intervir preventivamente, em desastres coletivos, evitando ou minorando as sequelas^{724, 725, 726}. Tais programas geralmente prestam acolhimento emocional aos sujeitos, de forma empática e não invasiva, e trabalham estratégias de enfrentamento (*coping*) adaptativas, através de protocolos de Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) ou protocolos de incidentes críticos. Em Santa Catarina, após período de enchentes e deslizamentos, uma cartilha da Associação Brasileira de Psiquiatria tem subsidiado intervenções às populações atingidas⁷²⁷.

10. AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO SAMU

O atendimento à pessoa em crise psiquiátrica, quando ocorre em domicílio ou em via pública, é geralmente feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A crise em saúde mental é frequentemente identificada como urgência psiquiátrica. Não é raro que os envolvidos telefonem para o número **192** e entreguem o caso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)⁷²⁸.

O atendimento deve ser compartilhado, sempre que indicado, com a rede de atenção psicossocial e com unidades de atenção básica. Em alguns casos é compartilhada, também, com a polícia e com o corpo de bombeiros, até que haja sua distribuição nas instituições de saúde.

O SAMU trabalha com o tempo meticulosamente cronometrado. Rege-se por protocolos onde os atendimentos têm um tempo certo para acontecer. Minutos podem significar a salvação ou a perda de uma vida. As urgências psiquiátricas tendem a desvirtuar essa lógica temporal. Geralmente, exigem mais tempo. Demandam mais do que uma ambulância totalmente equipada e pessoas treinadas para situações de catástrofe. Por precisar de mais tempo, as urgências psiquiátricas eventualmente quebram lógica de prioridades das ocorrências e são sentidas por alguns funcionários como um atrapalho no fluxo dos atendimentos⁷²⁹.

⁷²⁴ SILVA, Thiago Loreto Garcia, et al. Primeiros Socorros Psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. **Rev. bras. psicoter.** 2013; 15(1):93-104. Disponível em: <http://www.rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=113 >.

⁷²⁵ CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação.** Brasília: CFP, 2011. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/emergencias_e_desastres_final.pdf>.

⁷²⁶ BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. **Gestão de riscos e de desastres: contribuições da psicologia.** [Curso à distância / Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres]. Florianópolis: CEPED, 2010. Disponível em: <<http://www.defesacivil.se.gov.br/modules/wfdownloads/visit.php?cid=1&lid=156> >.

⁷²⁷ ABP. **Cartilha para intervenção em catástrofes.** Projeto psiquiatria para uma vida melhor [Org.: José Toufic Thomé]. Associação Brasileira de Psiquiatria; Estado de Santa Catarina, 2009. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2961&Itemid=82intervencaoemdesastres >.

⁷²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2.048/GM**, de 5 de novembro de 2002. [Regulamenta o atendimento das urgências e emergências]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6a103b0047458d57969dd63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+2.048-2002.pdf?MOD=AJPERES>>.

⁷²⁹ JARDIM, K; DIMENSTEIN, M. **Urgência Psiquiátrica: Loucura-Periculosidade fundamentando as práticas do SAMU.** Anais XIV ENA, 2007. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_77.pdf>.

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

O SAMU, as UPA e os prontos-socorros hospitalares precisam encaminhar o paciente a serviços que possibilitem a formação de um vínculo terapêutico.

Um atendimento eventual, sintomático e pontual, ignora a complexidade do quadro, simplificando-o por meio da atenção à queixa do momento. Retira do indivíduo a responsabilidade sobre o seu estado e sobre sua vida, desresponsabilizando-o. Informalmente atesta que é a doença que está se manifestando, e não ele próprio. Se bem abordada, de um ponto de vista psicológico, com técnica, a crise pode ser utilizada enquanto movimento de mudança e de transformação.

O SAMU tem um papel importante em identificar essas crises psiquiátricas e funciona como regulador do processo envolvido⁷³⁰. Após o atendimento, o paciente é encaminhado a uma unidade de saúde, seja ela CAPS, hospital geral ou, excepcionalmente, hospital psiquiátrico. O hospital psiquiátrico é a referência para casos complexos e graves, que extrapolam a capacidade de atendimento em outros serviços.

O médico regulador do SAMU, ao enviar a unidade móvel de suporte básico de vida, deve se certificar de que a ambulância dispõe de fármacos com atividade psicoativa ou com capacidade de promover sedação em situações de urgência ou emergência onde ela se faça necessária. Como regra, todas as unidades básicas precisam ter prometazina, haloperidol e diazepam, para uso oral e para uso injetável.

A medicação é fundamental para que a abordagem – diminuindo ao máximo a necessidade de contenção mecânica – seja humanizada. Franco Basaglia, pioneiro da reforma psiquiátrica italiana, afirma:

"o problema da liberdade para o doente mental (...) não surgiu de repente (...) mas ressurgiu com uma exigência que já não se pode ignorar, depois da transformação produzida pelos fármacos, na relação do doente e sua doença. Se o doente perdeu sua liberdade por causa da doença, a liberdade de tomar a posse de si mesmo lhe foi dada pelo fármaco"⁷³¹.

Por outro lado, o uso de medicamentos psicotrópicos deve seguir regras científicas, evitando a aplicação indiscriminada e irracional.

11. A REGULAÇÃO DOS CASOS PSIQUIÁTRICOS NO SAMU

Os procedimentos operacionais do atendimento, no nível da regulação, estão apresentados na sequência⁷³², pois o SAMU tem uma experiência

⁷³⁰ DIAS, Lívia Karla Sales, et al. Atendimento pre-hospitalar às urgências psiquiátricas por uso de substâncias psicoativas. **Revista SANARE** v. 12, n. 2 (2013). Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/382>> .

⁷³¹ BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 27. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=V7-adciWTPsC&oi=fnd&pg=PA17&ots=Y5dFZyK_KB&sig=1B9wfbNWxZs-o9IxIrex081auis&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>.

⁷³² SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Educação em Urgência (NEU). **SAMU 192** [César Augusto Soares Nitschke, Roberto Hess de Souza, Kristiane Rico Sanchez, Maria de Fátima de Souza Rovaris, Mario Sérgio Coutinho, André Ricardo Moreira, Jacymir Santos de Oliveira, Mara Regina Grando]. Florianópolis: Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, 2010. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/rotinas/apostila-do-samu-sc>>.

prática que pode servir de base a um debate, a uma troca e a um aprendizado em todo o contexto da rede.

Atenção pré-hospitalar na tentativa de suicídio

Abordagem	Verificar o mecanismo da tentativa de suicídio (Por arma de fogo, arma branca, pular de viaduto, etc.) Existem riscos para terceiros? O solicitante é parente ou conhecido do suicida? Colher maiores informações sobre a situação.
Decisão técnica	UTI MÓVEL (USA): Sempre USB: Para apoio se necessário Solicitar apoio da PM e Bombeiros.
Orientações ao solicitante	Pedir para o solicitante aguardar no local para passar informações caso haja alguma mudança na situação.
Acompanhamento da decisão técnica	Subsidiar as equipe com dados técnicos e demais necessidades
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

Atendimento pré-hospitalar de intoxicações agudas por medicamentos ou outras drogas

Abordagem	Circunstancias da descoberta: Afirmção da intoxicação aguda por medicamentos: embalagens de medicamentos, cartas, testemunhas... Produtos suspeitos: receituários Quantidade máxima ingerida e hora provável de intoxicação. Estado da Vítima: Consciência, agitação, movimentos anormais, dificuldade respiratória, cianose, sudorese, coma, dor torácica, dor abdominal, problemas neurosensoriais. Identificar se houve outras tentativas de suicídio.
Decisão técnica	UTI MÓVEL (USA): sempre que intoxicações por cardiotônicos, cloroquinas, antidepressivos tricíclicos e hipoglicemiantes orais. E em casos de insuficiência respiratória, inconscientes, coma, convulsões, agitação extrema ou muita dor. USB: Em todo caso, onde o recurso chegue mais rápido que a UTI MÓVEL (USA) e em casos notoriamente sem gravidade.
Orientações ao solicitante	Repouso, em posição confortável, ou PLS (nos casos de inconsciência), solicite para afrouxar as vestes. Orientar para que não seja realizado nenhuma ingesta oral. Coleta de todas as embalagens.
Acompanhamento da decisão técnica	Solicitar confirmação se houve associação com trauma ou não. Subsidiar as equipe com dados técnicos e demais necessidades
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

Normas gerais para o atendimento clínico de pacientes psiquiátricos no SAMU

- a) Sempre solicitar um acompanhante da família

- b) Pesquisar antecedentes de tratamento
- c) Avaliar suporte sócio familiar
- d) Lembrar diagnósticos diferenciais, que eventualmente podem mudar a conduta de USB para UTI móvel (USA): distúrbios metabólicos, cardiopatia com baixo fluxo, distúrbios respiratórios, encefalopatia hepática, intoxicação grave por drogas, endocrinopatias.

Atendimento durante transferências de intoxicações a hospital

Abordagem	<p>QP: ingestão ou contato com produtos</p> <p>Sintomas Associados: Vão depender do tipo de intoxicação (ingestão, contato, aspiração) Sudorese, Dispnéia, Náuseas e Vômitos, Palpitações, Tonturas, Cefaléia. Definir o tipo, quantidade do produto, tempo de ingestão ou contato</p> <p>Sinais de Gravidade: Torpor, Coma, Glasgow <8 Exame físico e Sinais Vitais: PA, Pulso, FR Conduta inicial: (o que já foi realizado) Exames: Evolução:</p> <p>Recurso Solicitado:</p> <p>Justificativa:</p> <p>Pertinência:</p>
Orientação técnica	<p>Sempre consultar um Centro de Informações Toxicológicas para condutas específicas</p> <p>Cuidados Gerais com vias aéreas</p> <p>Entubação se glasgow<8</p> <p>Acesso Venoso</p>
Decisão técnica	Hospital terciário, com disponibilidade de leito em UTI se sinais de gravidade.
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do Destino e Comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel se sinais de gravidade.
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

Atenção pré-hospitalar em transtornos mentais e de comportamento

Abordagem	<p>A pessoa está ansiosa?</p> <p>A pessoa está agitada?</p> <p>A pessoa tem idéias delirantes ou incoerentes? A pessoa tem idéias suicidas?</p> <p>A pessoa apresenta agressividade?</p> <p>Crises anteriores, antecedentes, ou trauma emocional recente, sofrimentos, desemprego e outros fatores de stress.</p>
Decisão técnica	USB/ UTI MÓVEL (USA) + Policiamento No Caso De Agressividade Com Risco De Vida.
Orientações ao solicitante	<p>Pedir para o solicitante colocar o paciente em ambiente calmo.</p> <p>Não permitir que o paciente cometa auto agressão e para com os demais acompanhantes.</p> <p>Caso o paciente esteja hiperventilando, solicitar para que o mesmo respire dentro de um saco de papel.</p> <p>Não deixar o paciente só, até que chegue a equipe de atendimento de urgência.</p>

Acompanhamento	Em caso de paciente violento, solicitar auxílio da polícia. Confirmar a ausência de utilização de substâncias tóxicas, drogas, etc. Diante da pessoa perigosa, avaliar o grau de perigo: Para ela mesma Para seus familiares e Para a equipe de atendimento
Decisão gestora	Busca do serviço mais adequado na grade de referência (Assistência Psiquiátrica) Comunicação ao serviço de destino
Finalização	Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura

Atendimento durante transferências de transtornos mentais e de comportamento a hospital

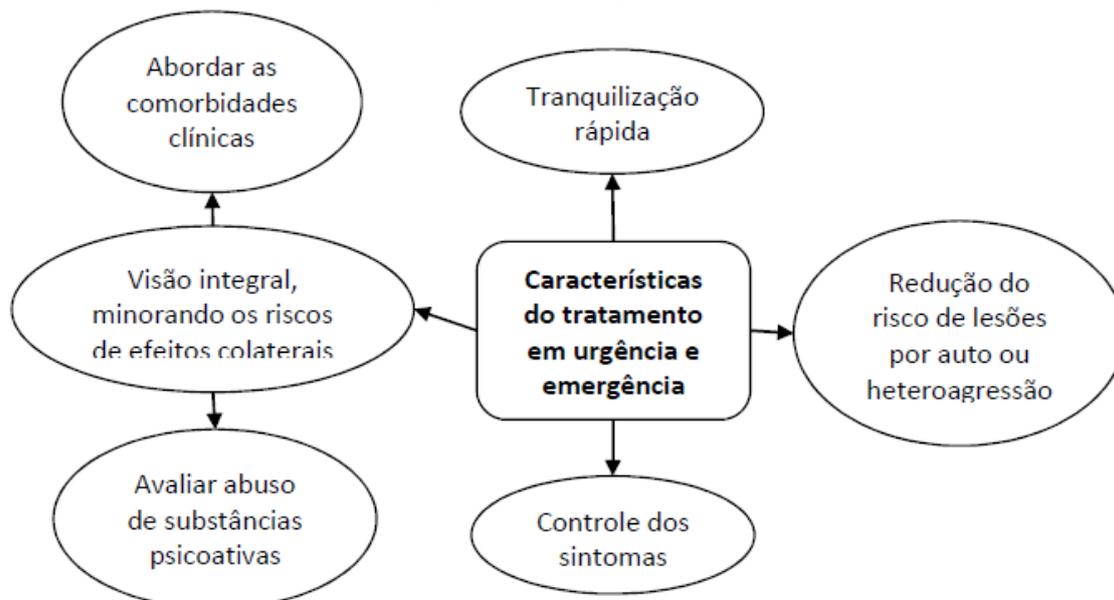
QUADROS ACOMPANHADOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA E AGRESSIVIDADE	
Abordagem	Sintomas associados: confusão mental, delírio, alucinações, distúrbios de comportamento Antecedentes e fatores de risco: álcool, toxicomania, hiperatividade, distúrbios metabólicos, ideia de suicídio. Conduta inicial: (checar o que já foi realizado) Exames: Evolução: Recurso Solicitado: Justificativa: Pertinência:
Orientação técnica	Avaliar riscos no local para paciente, familiares e equipe de atendimento Contenção o Sedação Avaliar possibilidade de alterações metabólicas e corrigir Acompanhamento familiar na transferência
Decisão técnica	a) Levar a hospital geral se houver risco de vida (problema psiquiátrico agravado por lesão na tentativa de suicídio, intoxicações graves, overdose de substância psicoativa necessitando de apoio clínico e toxicológico, hipertermia maligna, etc.). b) Levar a hospital geral com leitos de saúde mental (se houver na região), caso o quadro seja puramente psicótico ou sem complicações de ordem clínica envolvendo outras especialidades. c) Levar a hospital psiquiátrico na falta de leitos de saúde mental se houver indicação de internação psiquiátrica d) Em casos sem maior gravidade, necessitando de observação por curto tempo, considerar a possibilidade de levar a CAPS III ou ADIII (com leitos), após avaliação por psiquiatra, nas cidades que dispõem deste tipo de serviço.
Avaliação dos recursos	Busca do serviço mais adequado na grade de referência
Decisão gestora	Escolha do destino e comunicação ao serviço
Transporte	Acompanhamento médico, preferencialmente em UTI móvel
Finalização	Checar se as condições do paciente correspondem ao que foi passado

12. A AVALIAÇÃO E A ESCOLHA DO TRATAMENTO

A escolha do tratamento decorre de uma trilha de decisões, expressa, geralmente, em quatro fases:

- 1) Fase de avaliação: avaliação do quadro clínico em termos de agitação atual, níveis de auto e heteroagressão, anamnese e coleta de histórico informando-se de tratamentos anteriores, fatores ambientais e de desencadeamento, avaliação clínica global (sinais vitais e exame físico). Em hospital, alguns casos demandarão a realização de exames laboratoriais ou instrumentais (ECG, por exemplo).
- 2) Fase de diagnóstico: montagem das hipóteses e comparação dos diagnósticos diferenciais.
- 3) Fase de definição de tratamento. A tranquilização rápida tem como princípio gerar uma calma ao paciente, sem obrigá-lo a dormir.
- 4) Fase de avaliação dos primeiros resultados e definição do monitoramento: varia de acordo com tratamento escolhido e as condições clínicas do paciente, visando a aplicação do programa terapêutico e o possível uso da mesma droga, ou de outros tratamentos, se a resposta não foi adequada⁷³³.

Tratamento em urgências e emergências em saúde mental



O diagnóstico diferencial é um ponto chave na escolha do tratamento. Alguns medicamentos servem para mais de uma síndrome. Outros são específicos.

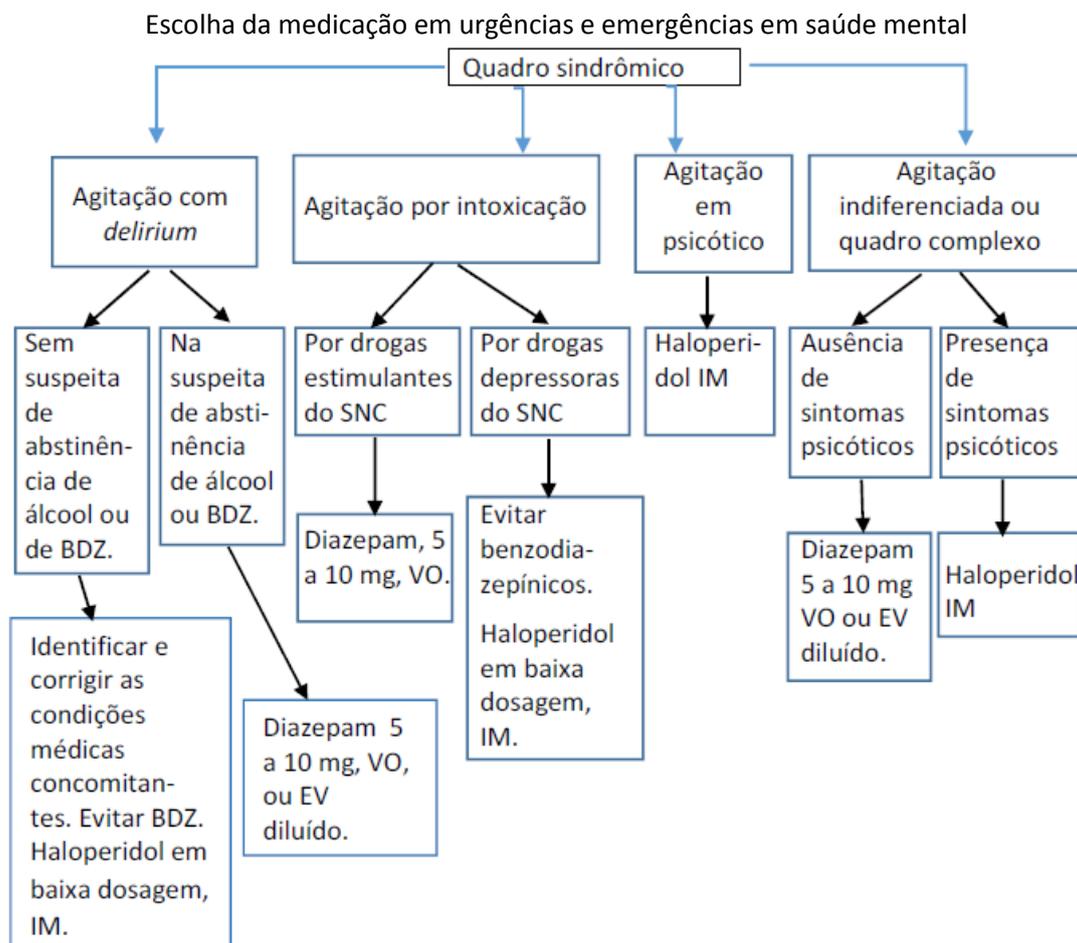
No algoritmo decisional seguinte há quatro áreas diferenciais básicas, no diagnóstico e tratamento das urgências ou emergências de problemas comportamentais psiquiátricos:

- 1) A agitação associada a quadros de *delirium*, sem e com suspeita de síndrome de abstinência por álcool ou por benzodiazepínico;

⁷³³ Di SCIASCIO; Guido; CALÒ, Salvatore. **Trattamento farmacologico delle turbe comportamentali nei servizi di emergenza psichiatrica**: Protocollo minimo di riferimento nella gestione delle urgenze psichiatriche. Roma: Società Italiana di Psichiatria. Disponível em: <<http://www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2013/03/Protocolli-minimi-urgenze-Psichiatriche-2014-Guido-Di-Sciascio-Salvatore-Cal%C3%B2.pdf>>.

- 2) A agitação por intoxicação, devida a estimulantes ou a depressores do sistema nervoso central;
- 3) A agitação por quadro psicótico, em paciente com história de transtorno mental (surto em doença do espectro esquizofrênico, ou crise maníaca);
- 4) As agitações indiferenciadas ou por quadros complexos, com ausência e com presença de sintomas psicóticos evidentes⁷³⁴.

A medicação de escolha, na maior parte dos casos, baseia-se no quadro sintomático abaixo.



Os procedimentos de suporte de vida deverão levar em conta o fato de que muitas vezes há mescla de drogas utilizadas pelo paciente, algumas não identificáveis. Em caso de delirium ou de intoxicação, deve-se entrar em contato com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) pelo telefone **0800 643 5252**.

Dependendo do quadro, devem ser seguidos os protocolos clínicos específicos.

13. LISTA DE MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS NAS URGÊNCIAS

Alguns medicamentos devem estar sempre disponíveis na unidade de urgência, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem

⁷³⁴ WILSON, M.P., et al. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta Psychopharmacology Workgroup. **West J Emerg Med.** 2012 Feb;13(1):26-34. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298219/#!po=48.3333>>.

dos pacientes graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas unidades por um período de até 24 horas ou, excepcionalmente, por mais tempo se houver dificuldade para uma internação hospitalar indicada. Grifando-se os mais usados nos quadros psiquiátricos, a lista mínima abrange os seguintes medicamentos⁷³⁵:

Adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, **amitriptilina**, ampicilina, atropina, bicarbonato de sódio, **biperideno**, brometo de ipratrópio, bupivacaína, captopril, **carbamazepina**, carvão ativado, cefalexina, cefalotina, cetoprofeno, clister glicerinado, **clordiazepóxido**, cloridrato de **clonidina**, cloridrato de hidralazina, cloreto de potássio, cloreto de sódio, **clorpromazina**, clorafenicol, codeína, **complexo B injetável**, deslanosídeo, dexametasona, **diazepam**, diclofenaco de sódio, digoxina, dipirona, enalapril, escopolamina (hioscina), **fenitoína**, **fenobarbital**, fenoterol bromidrato, **flumazenil**, furosemida, gentamicina, glicose isotônica, glicose hipertônica, gluconato de cálcio, **haloperidol**, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, manitol, meperidina, metildopa, metilergometrina, metilprednisolona, metoclopramida, metropolol, **midazolan**, nifedipina, nistatina, nitroprussiato de sódio, óleo mineral, omeprazol, oxacilina, paracetamol, penicilina, prometazina, propranolol, ranitidina, ringer lactato, sais para reidratação oral, salbutamol, soro glicofisiológico, soro fisiológico, soro glicosado, sulfadiazina prata, sulfametoxazol+trimetoprim, sulfato de magnésio, **tiamina (vit. B1)**, tramadol, tobramicina colírio, verapamil, vitamina K.

Quando houver necessidade de antídotos, eles serão indicados pelo Centro de Informações Toxicológicas (CIT), a partir da apresentação, por telefone, do quadro clínico, ao toxicologista. O CIT de Santa Catarina é contatado pelo telefone 0800 643 5252.

⁷³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2.048/GM**, de 5 de novembro de 2002. [Regulamenta o atendimento das urgências e emergências]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6a103b0047458d57969dd63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+2.048-2002.pdf?MOD=AJPERES>>.

Emergências por envenenamentos com sintomas psíquicos



A cama de Lázaro, de Michela De Vito, 1870.

Alan Indio Serrano
Ramon Tartari
Rosalie Kupka Knoll
Daiane S. Rotava
Tadeu Lemos

e Grupo Consultores do QualisUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Na interface das redes temáticas de Atenção Psicossocial e de Urgências e Emergências são comuns os casos de intoxicação por abuso de substâncias das mais diversas procedências.

Estes casos **não devem ser levados a hospital psiquiátrico** ou a serviços específicos de saúde mental: devem ser levados a prontos-socorros de hospitais gerais.

As intoxicações apresentando sintomas importantes de ordem psiquiátrica geralmente se relacionam a:

- a) *overdose* de drogas consumidas por curiosos ou por dependentes químicos;
- b) tentativas de suicídio;
- c) atos autolesivos sem intenção de morte (parassuicídio);
- d) acidentes com domissanitários, com venenos e com remédios.
- e) outras causas obscuras ou não determinadas.

Está em fase de organização uma política nacional de toxicologia⁷³⁶.

As emergências são situações que apresentem alteração do estado de saúde, com risco iminente de vida. O tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos.

As urgências são situações que apresentem alteração do estado de saúde, porém sem risco de morte imediata, que por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento médico com a maior brevidade possível. O tempo para resolução pode variar de algumas horas até um máximo de 24 horas.

As três principais centrais públicas de chamadas são:

⁷³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 298 de 9 de fevereiro de 2010 (Institui Grupo de Trabalho para elaboração das diretrizes para as atividades das áreas da Toxicologia no Sistema Único de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

- 1) Central 192 – SAMU - componente de saúde (faz o atendimento segundo critérios de regulação de urgência da saúde) – Voltada aos aspectos médicos;
- 2) Central 190 – componente policial (central de chamadas da polícia) – Voltada aos aspectos policiais e de segurança pública;
- 3) Central 193 – componente de salvamento e resgate (central de chamadas dos bombeiros) – Voltada aos aspectos de resgate e segurança à vítima.

Os serviços atendendo emergências por intoxicação devem consultar, por telefone, o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), 0800 643 5252.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

Os problemas a serem abordados podem aparecer nas seguintes categorias da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde:

X40-X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a substâncias nocivas

- X40 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos
- X41 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a anticonvulsivantes [antiepilépticos], sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificadas em outra parte
- X42 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte
- X43 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo
- X44 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas
- X45 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição ao álcool
- X46 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a solventes orgânicos e hidrocarbonetos halogenados e seus vapores
- X47 Intoxicação acidental por e exposição a outros gases e vapores
- X48 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a pesticidas
- X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras substâncias químicas nocivas e às não especificadas

X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente

- X60 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos
- X61 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte
- X62 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte
- X63 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo
- X64 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas
- X65 Auto-intoxicação voluntária por álcool
- X66 Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores
- X67 Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores
- X68 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas
- X69 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas

Y10-Y34 Envenenamentos em eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada

- Y10 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos não-opiáceos, intenção não determinada
- Y11 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a anticonvulsivantes [antiepilépticos], sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte, intenção não determinada

- Y12 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a narcóticos e a psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte, intenção não determinada
- Y13 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo, intenção não determinada
- Y14 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas, intenção não determinada
- Y15 Envenenamento [intoxicação] por e exposição ao álcool, intenção não determinada
- Y16 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a solventes orgânicos e hidrocarbonetos halogenados e seus vapores, intenção não determinada
- Y17 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outros gases e vapores, intenção não determinada
- Y18 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a pesticidas, intenção não determinada
- Y19 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados, intenção não determinada

A classificação, para fins epidemiológicos, para os quadros acima, pode ser completada pela especificação do local onde ocorreu, colocando-se o código e um novo dígito após o ponto:

- .0 - residência
- .1 - habitação coletiva
- .2 - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
- .3 - área para a prática de esportes e atletismo
- .4 - rua e estrada
- .5 - áreas de comércio e de serviços
- .6 - áreas industriais e em construção
- .7 - fazenda
- .8 - outros locais especificados
- .9 - local não especificado

Além dos quadros acima, incluem-se também os casos graves de:

T40 Intoxicação por narcóticos e psicodislépticos

- T40.1 Intoxicação por heroína
- T40.2 Intoxicação por outros opiáceos
- T40.5 Intoxicação por cocaína
- T40.9 Intoxicação por outros psicodislépticos e os não especificados

T42 Intoxicação por antiepilépticos, sedativos-hipnóticos e antiparkinsonianos

- T42.3 Intoxicação por barbitúricos
- T42.4 Intoxicação por benzodiazepinas
- T42.6 Intoxicação por outras drogas antiepilépticas e sedativos-hipnóticos

T43.1 Intoxicação por antidepressivos inibidores da monoamino-oxidase (IMAO)

F15.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína – intoxicação aguda

3. RECOMENDAÇÕES

As equipes de saúde, em especial a enfermagem, ao atender uma pessoa em estado de intoxicação devem ser estimuladas a seguir as recomendações seguintes inspiradas em países que têm sistemas de saúde universais, semelhantes ao brasileiro, como as diretrizes australianas⁷³⁷:

- a) Qualquer pessoa que se apresenta como incoerente, desorientado ou em grande sonolência deve ser recebida sob a suspeita de traumatismo crânio-encefálico, até que outro diagnóstico, em seguida, seja feito.

⁷³⁷ QUEENSLAND. Caring for a person who is intoxicated. Queensland Mind Essencials. Brisbane (Australia): Queensland Government, 2010. Disponível em: <<http://www.health.qld.gov.au/mentalhealth/docs/intoxication.pdf>>.

- b) Colocar a pessoa em um ambiente seguro, para que ela não se machuque.
- c) Tentar fazer contato, se possível, com a rede de apoio social mais próxima, da pessoa (localizar familiares, amigos, colegas de trabalho, etc.).
- d) Verificar se realmente o quadro apresentado é de intoxicação ou de envenenamento por algum tipo de substância química, tentando obter informações de qual ou quais seriam as substâncias, as doses usadas e quando ocorreu, da última vez, o consumido.
- e) Avaliar se o quadro é de sintomas de abstinência ou de intoxicação, para se fazer o diagnóstico diferencial.
- f) Facilitar a coleta de que uma história médica precisa e de uma história do uso da substância.
- g) Observar se há comportamento suicida ou agressivo a terceiros.
- h) Ter em mente que confusão mental, torpor, aumento da impulsividade e aumento da desinibição podem ser produzidos por algumas intoxicações de medicamentos tomados por engano, ou em tentativas de suicídio, podendo inclusive aumentar o risco de automutilação e de heteroagressão.
- i) Esteja ciente de que para os idosos que usam sedativos, como os benzodiazepínicos, há um risco aumentado de quedas, confusão e delírio.
- j) No caso de idosos é essencial fazer o diagnóstico diferencial com delirium por acidente vascular cerebral e outras causas, e por desorientação agudizada durante uma demência. Estes casos requerem observação continuada, cuidados adequados e estimulação reduzida.
- k) Lembrar que, em *overdose*, intoxicação ou síndrome de abstinência, a pessoa pode estar tendo alucinações e delírios que aumentam os riscos de lesão a si e aos cuidadores.

4. AS SÍNDROMES DIAGNÓSTICAS

Há interesse especial nas síndromes anticolinérgica, simpaticomimética, colinérgica, narcótica e por lítio, enquanto conjuntos de sinais e sintomas psiquiátricos ou relacionados a transtornos mentais e comportamentais. Veja-se o protocolo de conduta para cada uma destas síndromes.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com:

- a) Síndrome de abstinência ao álcool
- b) Delírio orgânico secundário (usualmente relacionado a sepsis)
- c) Doenças psiquiátricas
- d) Uso de drogas psicodislépticas em grau que não demande atenção urgente ou prioritária.

Muitas vezes o diagnóstico é complicado pelo fato de haver mistura de vários medicamentos (armazenados em casa ao longo do tempo), ou de outras substâncias domésticas e mesmo de drogas ilícitas. As tentativas de suicídio por drogas raramente são realizadas com uma só substância.

De forma sumária, havendo a tríade de sintomas composta por **midríase, rubor facial e desorientação**, qualquer profissional de saúde deve pensar na hipótese de **intoxicação** por substâncias químicas, a ser investigada para descarte ou confirmação.

5. A ATENÇÃO EM REDE

A população, em situações de intoxicação ou envenenamento por remédios, outras drogas ou por plantas, com sintomas psiquiátricos, busca socorro

nas emergências hospitalares, nas unidades de pronto atendimento (UPA), nos serviços móveis de urgência (SAMU), nas unidades sanitárias da rede básica, nos centros de atenção psicossocial (CAPS). Há situações, dependendo da gravidade do quadro, nas quais o paciente precisa ser internado em unidade de terapia intensiva de hospital.

O atendimento de tais casos deve ser pensado no contexto de uma linha de cuidado às intoxicações. O **Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina** (CIT/SC) é uma unidade pública de referência no Estado de Santa Catarina na área de Toxicologia Clínica, especializada em prover informações para o diagnóstico e tratamento de intoxicações e envenenamentos. O CIT localiza-se em Florianópolis, mas é a referência para todo os municípios do Estado⁷³⁸. Mantém um **serviço de plantão 24 horas** para informações específicas em caráter de urgência aos profissionais de saúde, principalmente médicos da rede hospitalar e ambulatorial e de caráter educativo/preventivo à população em geral, diretamente ou através de ligação gratuita pelo telefone **0800 643 5252**.

O CIT provê informações para todos os serviços do SUS e presta ações integradas à assistência, ajudando os serviços de saúde a fazer:

1. A triagem dos casos, classificando sua gravidade;
2. O diagnóstico e o plano imediato de tratamento
3. O encaminhamento da urgência
4. O encaminhamento, se necessário, de material ao laboratório de toxicologia;
5. A indicação de encaminhamento a um CAPS ou a um hospital.

A instituição também presta alguns serviços diretos à população, como a orientação das condutas iniciais frente a acidentes tóxicos domiciliares, a avaliação da necessidade de encaminhamento para uma unidade de emergência e a indicação de ações simples de primeiros socorros.

6. PRIMEIROS SOCORROS

À população em geral, diante de quadros de intoxicação, aconselha-se que o cidadão, mesmo ao contato telefônico com um profissional de saúde que não esteja em serviço preparado para atender o caso:

- a) Incentivar o cliente para que ele procure se manter calmo.
- b) Em casos mais graves, por exemplo, paciente inconsciente ou em convulsão, ligar para o SAMU (192) ou o Corpo de Bombeiros (193).
- c) Em caso de ingestão de substância química, remover qualquer produto restante na boca.
- d) Entrar em contato com o CIT/SC – telefone 0800 643 5252.
- e) Não induzir vômitos.
- f) Não dar para a pessoa intoxicada ovos crus, sal, vinagre ou sucos de frutas cítricas para induzir vômitos ou neutralizar o veneno sem recomendação médica.
- g) Não utilizar remédios caseiros.
- h) Atentar para o fato de que alguns produtos podem conter, em seus rótulos e fichas técnicas, dados desatualizados sobre descontaminação e tratamento.
- i) Ter precauções em relação a informações da Internet que não sejam de sites oficiais especializados.

Para facilitar e agilizar o atendimento de intoxicações, as pessoas e os serviços devem informar ao CIT:

⁷³⁸ O endereço do CIT/SC é: Hospital Universitário (HU), Rua Professora Maria Flora Pausewang, Campus Universitário - Bairro Trindade, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil - CEP 88036. Sua página eletrônica é acessada pelo endereço <<http://www.cit.sc.gov.br>>.

- 1) QUEM? Idade e peso da vítima.
- 2) O QUÊ? Nome do produto envolvido. Se possível, tenha em mãos o rótulo ou embalagem.
- 3) QUANTO? Quantidade do produto envolvida no acidente.
- 4) COMO? Tipo de contato (cutâneo, oral, ocular, etc); circunstância do acidente, acidental ou intencional.
- 5) QUANDO? Hora em que ocorreu a exposição.
- 6) ONDE? Local da ocorrência (residência, ambiente externo, etc).
- 7) SINTOMAS que a vítima tenha apresentado.
- 8) IDENTIFIQUE-SE – Seu nome e número do telefone.

7. O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como regra, diante de intoxicações graves, as pessoas são conduzidas diretamente aos prontos-socorros de hospitais, ou entram em contato com o SAMU, com a polícia, com os bombeiros, ou procuram outras instituições. Boa parte das demandas, mesmo as levadas à polícia ou aos bombeiros, dão entrada no SAMU.

As intoxicações que possam apresentar riscos **não devem ser atendidas nas unidades básicas de saúde e nem nos CAPS**: devem ser encaminhadas a um pronto-socorro ou ao SAMU.

Entrada de solicitações e avaliação com consulta ao CIT, se necessária, no SAMU.



No SAMU, após a entrada de um chamado, o técnico que atendeu identifica o chamador e localiza o evento, a fim de poder realizar o atendimento. O técnico passa o pedido a um médico regulador. Este, através de anamnese dirigida, tria, levanta uma hipótese diagnóstica sindrômica, classifica o grau de urgência, e decide o tipo de resposta é a mais adaptada.

O médico repassa ao rádio-operador ou ao controlador de frota a decisão tomada, para que a ambulância mais próxima e adequada ao evento seja despachada. Quando a ambulância chega ao local do evento, após avaliação do paciente e das condições do local, a equipe de atendimento passa o caso ao médico regulador para que este decida a conduta e o destino.

A central de regulação faz o acompanhamento do atendimento e serve de apoio a todas as solicitações da equipe de intervenção. Pode consultar, se necessário, o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) nos casos de intoxicações.

Segundo o grau de complexidade e de gravidade, o paciente poderá ser removido para uma unidade básica de saúde, para uma unidade não hospitalar de atendimento de urgências ou, se for necessário, será removido para um pronto socorro hospitalar, ficando o recebimento do paciente atrelado à disponibilidade e proximidade do local.

Quando for necessária a internação do caso, a central de regulação prepara a unidade hospitalar para a recepção do paciente. Tenta sempre encaminhar à unidade de referência adequada ao caso. Trabalha, na eventualidade de inexistência de leitos, com o conceito de “vaga zero” para as urgências: o caso receber prioridade, independentemente da existência de vaga.

A regulação é, pois, o conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta conforme a necessidade, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, visando o acesso a todos os níveis de atenção à saúde⁷³⁹.

8. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: SUPORTE BÁSICO DE VIDA

O suporte básico de vida (SBV), oferecido aos pacientes no ambiente extra-hospitalar, consiste no reconhecimento e na correção imediata da falência dos sistemas respiratório e cardiovascular. A pessoa que presta o atendimento deve ser capaz de avaliar e manter a vítima respirando, com batimento cardíaco e sem hemorragias graves, até a chegada de uma equipe especializada. Portanto, o profissional de saúde que presta o socorro, ao iniciar o suporte básico estará garantindo, por medidas simples, não invasivas e eficazes, as funções vitais do paciente e evitando o agravamento de suas condições.

O atendimento pré-hospitalar envolve as ações realizadas com o paciente, antes de sua chegada dele ao hospital. Isto implica três etapas:

- 1) Assistência ao paciente na cena (no local da ocorrência);
- 2) Transporte do paciente até o hospital;
- 3) Chegada do paciente ao hospital.

Há duas modalidades de atendimento pré-hospitalar: suporte básico à vida (caracterizado por não usar manobras invasivas), e suporte avançado à vida (com procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, como, a intubação orotraqueal, acesso venoso e administração de medicamentos). O suporte avançado é prestado por equipe composta por médico e enfermeiro.

Após avaliar o ambiente e tomar todas as precauções de segurança e proteção individuais, o socorrista deverá se identificar e se apresentar à vítima dizendo: “Sou um profissional de saúde. Posso ajudar?” Em seguida, devidamente autorizado a prestar auxílio e observando todos os aspectos pessoais e legais da cena do acidente (ou doença aguda), o profissional poderá intervir diretamente no atendimento. É importante que o socorrista profissional classifique a vítima em adulto, criança ou bebê e, sempre que possível, tenha uma testemunha observando o atendimento⁷⁴⁰.

9. A CONSULTA AO CIT, PELO TELEFONE 0800 643 5252

Os serviços de saúde, quaisquer que sejam, diante de dúvidas ou de casos complexos de intoxicações, devem entrar em contato telefônico com o CIT (telefone 0800 643 5252), relatar o caso e seguir as instruções dadas pelo plantonista que os atender. Para cada situação serão aconselhadas as medidas ou os

⁷³⁹ SANTA CATARINA. **SAMU 192**. [Apostila]. Florianópolis: Núcleo de Educação em Urgência (NEU); Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, 2012.

⁷⁴⁰ ROCHA, M.P.S. **Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência**. Brasília: AVM Instituto, WPos, 2011. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf>.

encaminhamentos que melhor servem ao caso, sob a ótica especializada e atual da toxicologia.

10. TRATAMENTO

As condutas básicas da abordagem do paciente intoxicado de forma severa, fazem-se em quatro etapas:

- 1) Abordagem emergencial ao paciente intoxicado (avaliação clínica e tratamento inicial) – fase em que situações de risco são identificadas e corrigidas;
- 2) Diagnóstico (identificação da causa) – reconhecimento de síndromes tóxicas e identificação do agente causal através da anamnese, da análise de sinais e sintomas (exame físico) e de exames complementares;
- 3) Tratamento da intoxicação – mediante a utilização dos métodos disponíveis para descontaminação, administração de antídotos e antagonistas e aumento da eliminação do tóxico absorvido, e de tratamento sintomático e de suporte;
- 4) Considerações especiais – relacionadas ao encaminhamento do paciente (assintomático, suicida, usuário de drogas, etc.); para o estabelecimento de exposições não tóxicas, e para o atendimento do paciente pediátrico, idoso e gestante.

As condições que oferecem risco imediato são identificadas e tratadas concomitantemente, visando suporte à vida, obedecendo uma sequência de prioridades⁷⁴¹:

- a) Manter a permeabilidade das vias aéreas
- b) Verificar a ventilação e a respiração;
- c) Manter a circulação e garantir via de acesso venoso;
- d) Avaliar o comprometimento hemodinâmico e infundir fluidos quando necessários;
- e) Avaliar se há déficit neurológico observando-se as pupilas (se estão isocóricas e fotorreagentes) e verificando o nível de consciência através da escala de coma de Glasgow;
- f) Exame somatoscópico geral, observando possíveis sinais externos, como marcas de picada, perfurações, edema, eritema, equimoses, escoriações, bolhas, sangramentos, queimaduras, fraturas e luxações, entre outros;
- g) Manutenção de um ambiente termicamente neutro para evitar hipotermia;
- h) Avaliação secundária, envolvendo um exame mais detalhado de todos os segmentos do corpo visando identificar os parâmetros clínicos, fazer um diagnóstico sindrômico inicial e obter a história clínica detalhada para a instituição de medidas terapêuticas gerais e específicas.
- i) Consultar o CIT para a obtenção de orientações adequadas.

11. A POLÍTICA DE ANTÍDOTOS

⁷⁴¹ TURINI, C.A. et al. Atendimento Inicial ao Paciente Intoxicado. **Curso Toxicologia**. Rio de Janeiro, UFRJ, 2005. Disponível em: <<http://lct.nutes.ufrj.br/toxicologia/modIV.htm>>.

Há uma política de fármacos na rede de atenção à saúde no Estado, indicando os que devem estar disponíveis para o tratamento dos pacientes gravemente intoxicados, em todos os pontos de atenção da política estadual de antídotos. São eles:

- 1) Antídotos que devem estar disponíveis em todos os serviços de emergência **para utilização imediata** à entrada de um paciente intoxicado no serviço, ou seja, em todas as Unidades que tenham porta de entrada às urgências em Santa Catarina, como Emergências Hospitalares, USA/SAMU, UPA, Pronto-Atendimentos (PA), Pronto Socorros (PS);
- 2) Antídotos que devem estar disponíveis **para utilização dentro da primeira hora** do atendimento médico, isto é, dentro da Unidade Prestadora de Serviços de Saúde, a exemplo da Farmácia Hospitalar;
- 3) Antídotos necessários para o tratamento de pacientes intoxicados e que podem ser recomendados em circunstâncias especiais, **não emergenciais**, mas que devem estar disponíveis em locais estratégicos (por macrorregiões de saúde).

Quando o caso implicar o uso de contravenenos ou de fármacos específicos, o CIT orientará sobre que antídotos deverão ser utilizados. Alguns são administrados, obrigatoriamente, logo que o paciente dá entrada no serviço. Outros são administrados na primeira hora do atendimento. Há os antídotos não emergenciais, que podem ser aplicados mesmo que o paciente tenha demorado para chegar ao serviço.

Antídotos para utilização imediata à entrada do paciente intoxicado e suas indicações principais, SUS, Santa Catarina, dezembro de 2014.

Nome Genérico/Sinônimos	Indicação Principal
Atropina (Sulfato de atropina)	Inibidores da colinesterase (Inseticidas organofosforados e carbamatos).
Azul de metileno	Substâncias metemoglobinizantes (nitritos, nitratos, alguns medicamentos)
Bicarbonato de sódio (8,4%)	Alcalinização sérica ou urinária. Ex.: antidepressivos tricíclicos, fenobarbital.
Biperideno	Fenotiazínicos, butirofenonas, metoclopramida.
Carvão vegetal ativado	Descontaminação do trato gastrointestinal; Agente adsorvente (várias intoxicações).
Diazepam	Agitação, convulsões induzidas por agentes tóxicos
Flumazenil	Benzodiazepínicos (intoxicação isolada e em casos específicos).
Gluconato de cálcio 10%	Fluoretos, bloqueadores dos canais de cálcio, Iatrodectismo.
Glicose a 25% e 50%	Intoxicação alcoólica com hipoglicemia ou hipoglicemia por outras causas.
Hidroxocobalamina	Cianetos
Hipossulfito de sódio	Cianetos
Nitrito de sódio	Cianetos
Naloxona	Opióides
Solução de polietilenoglicol para irrigação intestinal	Irrigação intestinal para intoxicação por medicamentos de liberação entérica (lítio, ferro, verapamil) e por cocaína (<i>body packers</i>)
Tiamina (Vitamina B1)	Profilaxia da Síndrome de Wernicke.

Fonte: CIT/SC, 2014; Zannin, 2014⁷⁴².

⁷⁴² ZANNIN, Marlene. **A toxicologia no SUS: experiências, desafios e perspectivas**. III Seminário Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, 2014. Disponível em: <<http://renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/Marlene%20Zannin%20-%20ABRACIT.pdf>>.

Todas as macrorregiões de saúde de Santa Catarina têm pelo menos um hospital geral designando para cobrir as necessidades dos municípios da área, como ponto estratégico de atenção da política estadual de antídotos. Além dos hospitais, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) têm unidades de suporte avançado (USA) na forma de ambulâncias rodoviárias ou de unidade de socorro aéreo (helicóptero), que são, também, pontos estratégicos de atenção, capazes de prestar o serviço. O SAMU é acessado pelo telefone 192.

Antídotos para utilização na primeira hora de atendimento e suas indicações principais, SUS, Santa Catarina, dezembro de 2014.

Nome Genérico/Sinônimos	Indicação Principal
N-Acetilcisteína (NAC)	Paracetamol
Ácido fólico	Antagonistas do ácido Fólico (metotrexate, trimetoprima, pirimetamina); metanol
Álcool etílico absoluto estéril	Metanol, etilenoglicol
Bromocriptina	Neurolépticos (Síndrome Neuroléptica Maligna)
Ciproheptadina	Síndrome serotoninérgica
Dantrolene sódico	Hipertermia Maligna; Síndrome Neuroléptica Maligna
Desferroxamina	Ferro
Difenidramina	Distonias agudas
Emulsão Lipídica	Reverter toxicidade cardiovascular.
Fitomenadiona (Vitamina K)	Anticoagulantes cumarínicos
Digoxina Imune FAB	Digitálicos
Insulina Humana Regular (100UI/ml)	Betabloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio.
Mesna	Ciclofosfamida.
Neostigmina	Síndrome anticolinérgica grave
Octreotida (Octreotide)	Hipoglicemiantes da classe das sulfoniluréias
Piridoxina (Vitamina B6)	Isoniazida (Hidrazida)
Protamina	Heparina

Fonte: CIT/SC, 2014; Zannin, 2014

Antídotos não emergenciais e suas indicações principais, SUS, Santa Catarina, dezembro de 2014.

Nome Genérico	Indicação Principal
Dimercaprol (BAL)	Metais: arsênico, chumbo, ouro, mercúrio, bismuto, antimônio
Edetato dissódico de cálcio	Metais: chumbo, ferro, zinco, manganês

Fonte: CIT/SC, 2014; Zannin, 2014.

Os hospitais catarinenses que estão preparados para trabalhar com os antídotos e os têm em estoque estão listados nas tabelas seguintes.

Pontos estratégicos de atenção da Política Estadual de Antídotos, em quatro macrorregiões, SUS, Santa Catarina, 2015.

MACRO REGIÃO	MUNICÍPIO	HOSPITAIS (37 Pontos de Atenção)	USAs (25 Pontos de Atenção)	Gerencias Regionais de Saúde
GRANDE FLORIANÓPOLIS	Florianópolis	Hospital Universitário Hospital Infantil Joana de Gusmão	3 (duas ambulâncias e uma aeronave asa rotativa)	Gersa
	São José	Hospital Regional Homero de Miranda Gomes	2 (uma ambulância e uma aeronave asa rotativa)	
	Brusque Tijucas Palhoça	Hospital Evangélico e Mat. Consul Carlos Renaux Hospital São José e Mat. Chiquinha Gallotti	1 (ambulância)	
SUL	Criciúma	Hospital Santa Catarina Infantil Hospital São José	1 (ambulância)	Gersa
	Tubarão	Hospital N.ª Sr.ª da Conceição	1 (ambulância)	
	Araranguá	Hospital Regional de Araranguá	1 (ambulância)	
	Braço do Norte Imbituba	Hospital Santa Terezinha Hospital São Camilo		
VALE DO ITAJAÍ	Blumenau	Hospital Santo Antonio	1 (ambulância)	Gersa
	Rio do Sul Ituporanga	Hospital Regional Alto Vale Hospital Bom Jesus	1 (ambulância)	
FOZ DO RIO ITAJAÍ	Itajaí	Hospital Universitário Pequeno Anjo	1 (ambulância)	Gersa
	Balneário Camboriú	Hospital Mat. Marieta K. Bornhausen Hospital Ruth Cardoso	1 (ambulância)	

Fonte: CIT/SC, 2014; Zannin, 2014.

Pontos estratégicos de atenção da Política Estadual de Antídotos, em cinco macrorregiões, SUS, Santa Catarina, 2015.

NORDESTE	Joinville	Hospital Infantil Dr Jesser Amarante Faria Hospital Municipal São José	1 (ambulância)	Gersa
	Jaraguá do Sul	Hospital Maternidade São José	1 (ambulância)	
NORTE	São Bento do Sul	Hospital Maternidade Sagrada Família		Gersa
	Porto União	Hospital de Caridade São Braz		
	Mafra Canoinhas	Associação Caridade São Vicente de Paula Hospital Santa Cruz	1 (ambulância) 1 (ambulância)	
PLANALTO SERRANO	Lages	Hospital Infantil Seara do Bem Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos	1 (ambulância)	Gersa
	São Joaquim	Hospital de Caridade Coração de Jesus	1 (ambulância)	
MEIO OESTE	Joaçaba	Hospital Universitário Santa Terezinha - HU	1 (ambulância)	Gersa
	Concórdia	Hospital São Francisco		
	Curitibanos	Hospital Helio Anjos Ortiz	1 (ambulância)	
	Caçador	Hospital Maicé	1 (ambulância)	
	Videira Campos Novos	Hospital Divino Salvador Hospital Doutor José Atanásio		
EXTREMO OESTE	Chapecó	Hospital Regional Lenoir Vargas de Chapecó	1 (ambulância)	Gersa
	Xanxerê	Hospital Regional São Paulo	1 (ambulância)	
	Maravilha	Hospital São José de Maravilha		
	São Miguel do Oeste	Hospital Reg do Extremo-Oeste – Terezinha G Basso	1 (ambulância)	

Fonte: CIT/SC, 2014; Zannin, 2014.

12. ALTA E ENCAMINHAMENTO

O planejamento da alta do paciente atendido é função da equipe de saúde, pensando numa linha de cuidado que dê atenção sequencial ao caso. As opções de encaminhamento a referências dentro do sistema de saúde são as seguintes:

- A unidade básica de saúde, no território a que o paciente está adscrito;
- O centro de atenção psicossocial (CAPS) mais próximo da residência do paciente, se houver CAPS no município, ou houver um CAPS microrregional atendendo o município, ou um ambulatório de saúde mental;

- c) O CAPS AD (para álcool e drogas), caso haja no município, se o paciente é usuário frequente de substâncias psicoativa ou dependente químico;
- d) O CAPS i (infantojuvenil), caso haja no município, se o paciente é criança ou adolescente e é usuário frequente de substâncias psicoativa ou dependente químico.

Como regra, não cabe ao serviço de urgência e emergência indicar possíveis acolhimentos em comunidades terapêuticas ou em unidades de acolhimento. Cabe ao CAPS ou à equipe da unidade básica de saúde tomar tais decisões de encaminhamento, uma vez que considere esgotados seus recursos de abordagem. Casos excepcionais, contudo, serão avaliados pelo bom senso. A prescrição de internação hospitalar é uma decisão médica. As equipes de saúde não devem ser influenciadas por fatores sociais ou emocionais familiares ou comunitários, a partir dos quais haja pressões, no sentido de internar pessoas em hospitais psiquiátricos especializados, sem real indicação clínica para isto. É importante lembrar que os hospitais não são albergues, nem hotéis, nem asilos, nem prisões. Eles têm uma função clínica, específica, definida e temporária.

13. GRUPOS DE APOIO E AUTO-AJUDA

Os Centros de Valorização da Vida (CVV) são serviços voluntários de utilidade pública, que prestam apoio telefônico de forma gratuita e sigilosa a pessoas com ideação suicida. Atendem pelo telefone número 141 ou pelos números próprios, em cada cidade onde estão estabelecidos. Pacientes já estabilizados e referenciados a unidades de saúde podem ser aconselhados a fazer uso do CVV, como apoio complementar.

Localização dos Centros de Valorização da Vida (CVV) em Santa Catarina.

<p>Blumenau R. Prof. Luiz Schwartz, 169 - Velha CEP 89036-070 (47) 3329-4111 blumenau@cvv.org.br Atendimento 24 horas</p>	<p>Florianópolis Av. Hercílio Luz, 639 - sala 408 - Centro CEP 88.020-000 (48) 3222-4111 florianopolis@cvv.org.br Atendimento 24 horas</p>	<p>Itapema R. Marginal Oeste, 100 - Morretes CEP 88220-000 (47) 3368-4111 itapema@cvv.org.br Atendimento: 2ª a 6ª das 15h às 23h, sábado e domingo das 19h às 23h</p>	<p>Rio do Sul R. 7 de Setembro nº 11 - sl 103 - Centro CEP 89256-140 (47) 3522- 6000 riodosul@cvv.org.br Atendimento das 18h30 às 22h30</p>
<p>Criciúma Rua Cel. Pedro Benedet 46, Sala 321 Edif. Martinho Acácio Gomes - Centro CEP 88801-250 (48) 3439-0222 criciuma@cvv.org.br</p>	<p>Itajaí R. Blumenau, 1962 CEP 83305-104 (47) 3349-4111 itajai@cvv.org.br Atendimento das 15h às 23h</p>	<p>Jaraguá do Sul R. Antônio Cunha, 160 - sala 9 - Piso Superior da Rodoviária - Baependi CEP 89256-140 (47) 3275-1144 jaraguadosul@cvv.org.br Atendimento das 7h às 23h</p>	<p>Rio Negrinho R. Paulo Boehm, 272 - Centro CEP 89295-000 (47) 3644-4693 rionegrinho@cvv.org.br Atendimento das 15h às 23h</p>

Fonte: CVV, 2012 (In: www.cvv.org.br).

Grupos de autoajuda, como os Alcoólicos Anônimos para os etilistas, os Narcóticos Anônimos para os dependentes de outras drogas podem, também, ser interessantes para vários usuários. .

O serviço de saúde não receita a frequência a tais grupos, como se fossem um tratamento médico, mas pode sugerir e aconselhar o paciente ou seus familiares a entrar em contato com eles. São medidas opcionais de prevenção terciária e não devem ser escritas na forma de prescrições médicas, uma vez que não são tratamentos próprios de serviços de saúde.

A página eletrônica dos Alcoólicos Anônimos em Santa Catarina é <http://www.aa-areasc.org.br>. Seu telefone é (48) 3224-6713.

A página eletrônica dos Narcóticos Anônimos é <http://www.na.org.br/> e os telefones em Santa Catarina são (48) 9137-1953 em Florianópolis e (49) 8816-9615 em Lages.

14. OS CAPS EM SANTA CATARINA

Os centros de atenção psicossocial (CAPS) funcionam em todas as cidades de porte médio em Santa Catarina, e mesmo em algumas cidades de porte pequeno. A lista destes serviços, com seus endereços e telefones, pode ser acessada na página eletrônica da Secretaria de Estado da Saúde, indo-se ao endereço da “atenção básica” e, em seguida, da “saúde mental”.

15. SINOPSE

Casos urgentes ou emergentes por overdose de medicamentos ou de outras substâncias químicas, lícitas ou ilícitas, podendo implicar morte em curto ou médio prazo, não devem ser atendidos em unidades básicas de saúde e nem em centros de atenção psicossocial (CAPS). As unidades e os CAPS devem avaliar o risco e encaminhar a um pronto-socorro hospitalar ou solicitar a presença do SAMU. As medidas básicas para o atendimento da urgência ou da emergência devem ser tomadas, tomando-se as medidas protocolares de suporte de vida, conhecidas pelos serviços de emergência.

Casos que precisem de antídotos devem ser atendidos por hospital ou base do SAMU que integre a rede estadual de antídotos, em nível local ou macrorregional.

É fundamental, para evitar demoras e problemas iatrogênicos, o contato telefônico dos serviços de saúde que recebem o paciente, com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), telefone **0800 643 5252**.

Solucionado o atendimento de emergência ou urgência, o caso deve ser encaminhado a um CAPS. Caso não haja CAPS na localidade e não haja CAPS microrregional ou regional para o atendimento do município de residência do paciente, ele deve ser encaminhado à unidade básica de saúde mais próxima de sua casa.

Apoios comunitários poderão ser aconselhados (a busca a grupo de auto ajuda, de Alcoólicos Anônimos – AA – para os etilistas, do Centro de valorização da vida – CVV – para quem tenha feito tentativas suicidas, etc.). Tais conselhos são medidas opcionais de prevenção terciária e não devem ser escritos na forma de prescrições médicas.

Cabe ao CAPS ou à unidade básica, a partir do estudo ampliado do caso e de suas circunstâncias, avaliar se há indicação para acolhimento em comunidade terapêutica (no caso de dependência química) ou em unidade de acolhimento.



Atropa belladonna. Apud: Watson, L., and Dallwitz, M.J. 1992 onwards. The families of flowering plants: descriptions, illustrations, identification, and information retrieval. Disponível em: <<http://delta-intkey.com/angio/www/solanace.htm>>.

Síndrome anticolinérgica por intoxicação

Protocolo clínico

Alan Indio Serrano
Rosalie Kupka Knoll
Daiane S. Rotava
Guilherme Mello Vieira
Anna Paula G. Macarini
Tadeu Lemos

e Grupo Consultores do QualiSUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

As intoxicações com risco de vida devem ser referenciadas, preferencialmente, a um pronto-socorro hospitalar ou ao SAMU.

Atividades de suporte de vida e o contato com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) são partes fundamentais do atendimento.

Comumente são vistas, nas emergências, síndromes anticolinérgicas com alterações cardiovasculares, distúrbios hidroeletrólíticos e excitação do sistema nervoso causadas por cogumelos venenosos, anti-histamínicos, biperideno, opiáceos e, de forma muito frequente, antidepressivos tricíclicos, em especial por amitriptilina.

Dependentes químicos e pessoas buscando experiências lisérgicas através do cogumelo *Psilocybe cubensis* e *Psilocybe semilanceata* (que contém psilocibina, uma dimetiltriptamina)⁷⁴³ podem, eventualmente, requerer atenção

⁷⁴³ BURILLO-PUTZE, G. et al . Drogas emergentes (III): plantas y hongos alucinógenos. **Anales Sis San Navarra**, Pamplona, v. 36, n. 3, dic. 2013. Disponível em:

médica por sintomas de intoxicação anticolinérgica após o uso deste fungo⁷⁴⁴. O gênero *Psilocybe* existe de forma silvestre no sul do Brasil.

Mais comumente ocorrem intoxicações graves, apresentando outras síndromes, por cogumelos venenosos (muitos contendo ácido ibotênico), colhidos, por engano, ao procurarem os alucinógenos. Há outros tipos de cogumelos anatomicamente muito semelhantes aos do gênero *Psilocybe*. É o caso do *Amanita phalloides*, do qual apenas 50 g são suficientes para provocar a morte de um ser humano adulto. O gênero *Amanita* é responsável pela grande maioria dos envenenamentos por cogumelos, os quais, em casos graves não mortais, podem levar à necessidade de transplante de fígado⁷⁴⁵.

É comum que dependentes químicos apresentem, também, intoxicações em função do uso proposital ou acidental de biperideno e de opiáceos (elixir paregórico, morfina, heroína ou outros opioides sintéticos).

Ocorrem intoxicações por outras drogas anticolinérgicas, como os tricíclicos e os anti-histamínicos nas tentativas de suicídio.

Entre as principais causas de síndrome anticolinérgica citam-se intoxicação por:

- 1) Drogas antiparkinsonianas (benzatropina, biperideno, orfenadrina, prociclidina)
- 2) Agentes antiespasmódicos (clidinium, glicopirrolato, propantelina)
- 3) Alcalóides da Belladonna (extrato de *Belladonna*, atropina, hioscina, sulfato l-hiosciamina, brometo de escopolamina)
- 4) Psicoanalépticos tricíclicos (antidepressivos)
- 5) Cicloplégicos oftalmológicos (ciclopentolato, homatropina, tropicamida)
- 6) Neurolépticos fenotiazínicos
- 7) Plantas contendo alcalóides anticolinérgicos (*Atropa belladonna*, *Brugmansia spp*, *Cestrum spp*, *Datura spp*, *Hyoscyamus niger*, *Solanum spp*), especialmente os derivados tropânicos (alcalóides de plantas solanaceas e drogas relacionadas). (São exemplos de solanáceas: jurubeba, copo de leite, caládium, comigo-ninguém-pode, taioba-brava, saia branca, bico de papagaio, coroa de Cristo, avelós, oleandro e mamona ou rícino).
- 8) Antihistamínicos (especialmente prometazina, trimeprazina, dimenidrinato)

O protocolo de acolhimento e regulação intitulado “Emergências por envenenamentos com sintomas psíquicos” apresenta as diretrizes básicas para abordar tais casos nos vários serviços do Sistema Único de Saúde.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

X43. Envenenamento [intoxicação] acidental por exposição a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo

Inclui: Parassimpaticolíticos [anticolinérgicos e antimuscarínicos] e espasmolíticos

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000300015&lng=es&nrm=iso>.

⁷⁴⁴ ALEMAN, J. et al. Anticholinergic toxicity after the ingestion of serotonergic ‘magic mushrooms’. **Netherlands Journal of Critical Care**, V.16, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <http://njcc.nl/sites/default/files/NJCC%2003%20casereport_Aleman.pdf>.

⁷⁴⁵ CORTESE, S. et al. Intoxicación con *Amanita phalloides*: serie de tres casos. **Acta Toxicologica Argentina**, (2013) 21 (2): 110-117. Disponível em: <http://www.ataonline.org.ar/bibliotecavirtual/acta_toxicologica/vol_21_2/cortese.pdf>.

X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente

X61 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte

X64 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas

Y10-Y34 Envenenamentos em eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada

Y11 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a anticonvulsivantes [antiepilépticos], sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte, intenção não determinada

A classificação, para fins epidemiológicos, pode ser completada pela especificação do local onde ocorreu, colocando-se o código e um novo dígito após o ponto:

- .0 - residência
- .1 - habitação coletiva
- .2 - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
- .3 - área para a prática de esportes e atletismo
- .4 - rua e estrada
- .5 - áreas de comércio e de serviços
- .6 - áreas industriais e em construção
- .7 - fazenda
- .8 - outros locais especificados
- .9 - local não especificado

3. DIAGNÓSTICO

A síndrome anticolinérgica caracteriza-se por redução da motilidade intestinal, visão turva, boca e mucosas secas, rubor, hipertermia, disfagia, midríase, taquicardia, retenção e urgência urinária, estado mental de *delirium* (confusão mental, desorientação, ilusões, alucinações e incoerência) e falência respiratória. Pode ter efeitos cardiovasculares, como arritmias, hipotensão e edema pulmonar, além de desequilíbrio hidroeletrólítico. Pode haver alterações do ECG (prolongamento do segmento QT, aumento do intervalo QRS, defeitos de condução interventricular, prolongamento do intervalo PR, *torsades des pointes*).

O diagnóstico diferencial deve ser feito com: síndrome de abstinência ao álcool; delírio orgânico secundário (usualmente relacionado a sepsis); doenças psiquiátricas; uso de drogas psicodélicas.

Muitas vezes o diagnóstico é complicado pelo fato de haver mistura de vários medicamentos, armazenados em casa ao longo do tempo, ou até de outras substâncias domésticas e mesmo de drogas ilícitas.

4. LOCAIS DE TRATAMENTO

Prontos-socorros de hospitais gerais, SAMU, unidades de pronto-atendimento (UPA).

Em qualquer serviço de saúde, o atendimento de tais casos deve ser pensado no contexto de uma linha de cuidado às intoxicações.

O Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC) é uma unidade pública de referência no Estado de Santa Catarina na área de

Toxicologia Clínica, especializada em prover informações para o **diagnóstico e tratamento de intoxicações e envenenamentos**. Mantém um **serviço de plantão 24 horas** para informações específicas em caráter de urgência aos profissionais de saúde, principalmente médicos da rede hospitalar e ambulatorial e de caráter educativo/preventivo à população em geral, diretamente ou através de ligação gratuita pelo telefone **0800 643 5252**.

As unidades sanitárias básicas e os CAPS devem encaminhar os casos de intoxicação emergenciais a prontos-socorros de hospitais ou ao SAMU.

5. TRATAMENTO

A manutenção das funções vitais é a base da primeira abordagem. A prioridade inicial é assegurar vias aéreas, manter ventilação e a oxigenação.

Precisa-se manter acesso venoso e evitar desidratação. Abordar a retenção urinária, se for o caso (com cateter). Na suspeita de problemas cardíacos, fazer eletrocardiograma e tomar as precauções devidas. Em alguns casos de arritmia secundária à intoxicação por tricíclicos pode ser necessária a cardioversão. O apoio de cardiologista poderá ser requerido.

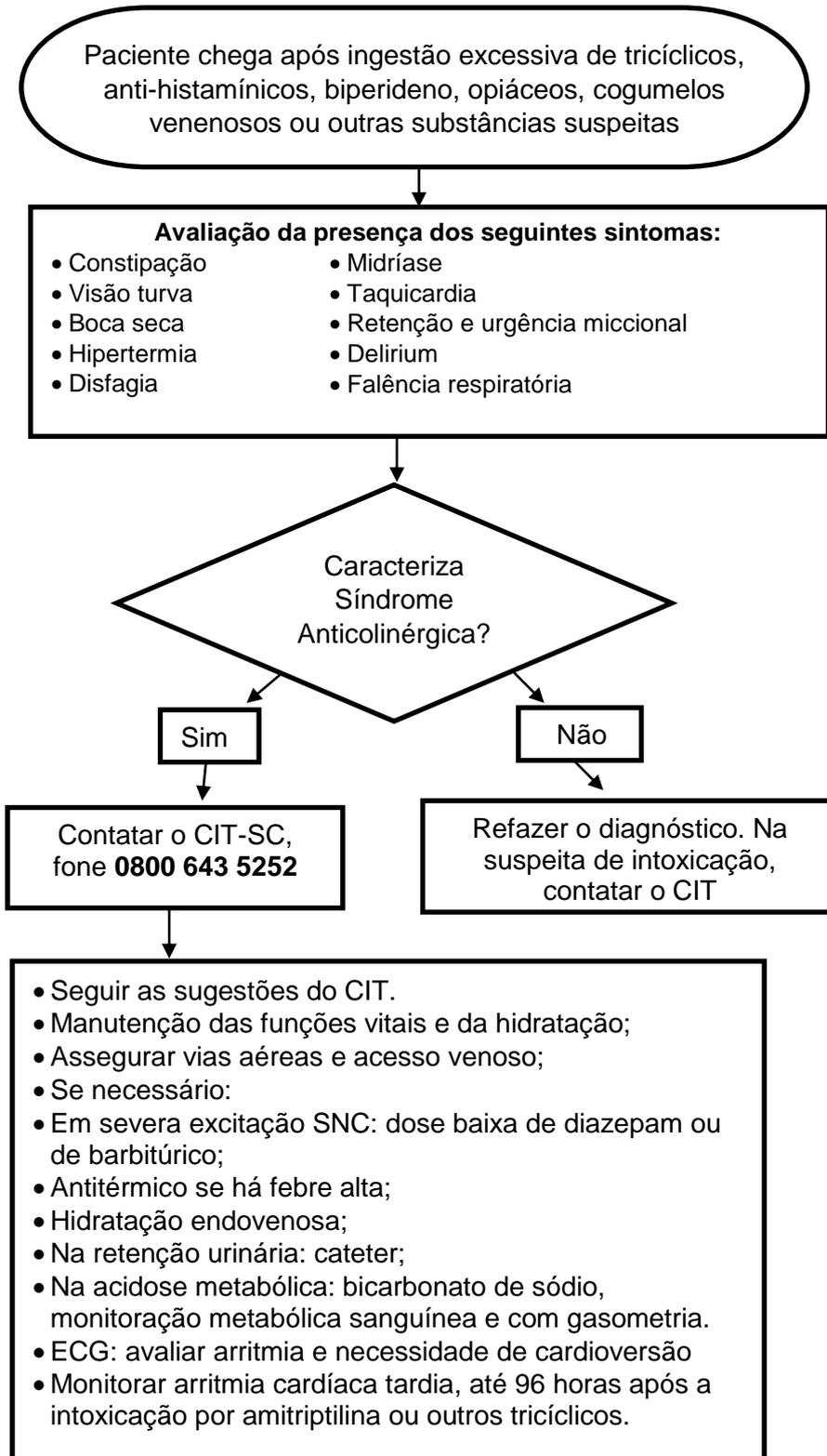
O serviço que está atendendo o caso deve entrar em contato com o Centro de Informações Toxicológicas, passando o caso, discutindo-o e anotando as indicações recebidas.

Havendo concordância da equipe de toxicologia do CIT, os casos com severa excitação do sistema nervoso central podem ser abordados com diazepam ou barbitúrico em baixa dosagem. Abordar, se for o caso, a acidose metabólica com bicarbonato de sódio.

Paciente que fizeram uso de bicarbonato de sódio está indicado manter monitorização metabólica, através de exames de bioquímica e gasometria arterial. Monitorar também os pacientes que estiverem usando droga antiarrítmica.

As intoxicações graves com tricíclicos, em especial por amitriptilina, podem causar arritmias cardíacas até 96 horas após a ingestão. A monitorização deve, portanto, ser mantida.

6. ALGORITMO





Capricho n.º 34 (o sono da razão produz monstros), de Goya, 1799.

Síndrome narcótica por intoxicação

Protocolo clínico

Alan Indio Serrano
Rosalie Kupka Knoll
Daiane S. Rotava
Guilherme Mello Vieira
Anna Paula G. Macarini
Tadeu Lemos

e Grupo Consultores do QualISUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

A síndrome narcótica em intoxicações por abuso de substâncias é um quadro de emergência ou de urgência. Situações de *overdose* de psicodélicos (especialmente de atarácicos benzodiazepínicos), barbitúricos ou opiáceos, intencional ou acidental, são os motivos mais comuns, entre os usuários da Rede de Atenção Psicossocial, para estes quadros clínicos.

A síndrome leva à depressão do sistema nervoso central e se apresenta em duas formas distintas: a hipno-sedativa e a opiácea.

A síndrome narcótica hipno-sedativa geralmente é causada por benzodiazepínicos, fenobarbital ou outros sedativos. A opiácea é causada por morfina, heroína, codeína, propoxifeno ou outros opioides.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

Os problemas a serem abordados podem aparecer nas seguintes categorias da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde:

X40-X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a substâncias nocivas

- X41 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a anticonvulsivantes [antiepilépticos], sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificadas em outra parte
- X42 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte
- X44 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas

X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente

- X61 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte
- X62 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte
- X63 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo
- X64 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas
- X69 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas

Y10-Y34 Envenenamentos em eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada

- Y12 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a narcóticos e a psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte, intenção não determinada
- Y13 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo, intenção não determinada
- Y14 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas, intenção não determinada
- Y19 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados, intenção não determinada

A classificação, para fins epidemiológicos, para os quadros acima, pode ser completada pela especificação do local onde ocorreu, colocando-se o código e um novo dígito após o ponto:

- .0 - residência
- .1 - habitação coletiva
- .2 - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
- .3 - área para a prática de esportes e atletismo
- .4 - rua e estrada
- .5 - áreas de comércio e de serviços
- .6 - áreas industriais e em construção
- .7 - fazenda
- .8 - outros locais especificados
- .9 - local não especificado

Além dos quadros acima, incluem-se também os casos graves de:

- T40 Intoxicação por narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos]
- T40.1 Intoxicação por heroína
 - T40.2 Intoxicação por outros opiáceos
- T42 Intoxicação por antiepilépticos, sedativos-hipnóticos e antiparkinsonianos
- T42.3 Intoxicação por barbitúricos
 - T42.4 Intoxicação por benzodiazepinas
 - T42.6 Intoxicação por outras drogas antiepilépticas e sedativos-hipnóticos

3. DIAGNÓSTICO

Diante de um histórico compatível com o abuso de narcóticos ou de sedativos, fazer o exame para avaliar os efeitos colaterais e descobrir se a dose foi tóxica ou não. Nos casos em que houve uso, mas não há dose tóxica e não ocorre a síndrome narcótica, a observação deve ser mantida cuidadosamente, por algumas horas. Não há necessidade de referir o caso, por telefone, ao Centro de Informações Toxicológicas, se há estabilidade.

Contudo, por precaução, **todas as crianças que tenham tomado uma dose destas drogas além das doses terapêuticas, devem ter sua história referida ao CIT**, por telefone, mesmo que não estejam, ainda, com sintomas da síndrome narcótica.

A síndrome narcótica leva à depressão do sistema nervoso central, convulsões, hipoventilação, hipotensão, cianose, espasmos musculares e miose.

Os benzodiazepínicos em doses elevadas podem causar depressão central, sonolência, ataxia, estupor, alteração respiratória e circulatória. Raramente leva ao coma. A parada cardiorrespiratória é um risco maior, especialmente se houve uso endovenoso de benzodiazepínico.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

As unidades sanitárias básicas e os CAPS devem encaminhar os casos de intoxicação emergenciais a **prontos-socorros** de hospitais ou ao **SAMU**.

Em qualquer serviço de saúde, o atendimento de tais casos deve ser pensado no contexto de uma linha de cuidado às intoxicações. O **Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina** deve ser contatado pelos profissionais de saúde, através do telefone **0800 643 5252**.

5. TRATAMENTO

Em situações graves, a prioridade inicial é assegurar vias aéreas, manter ventilação e a oxigenação, manter acesso endovenoso, fazer hidratação endovenosa e administração de oxigênio. É fundamental fazer um contato com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), por telefone, descrevendo o quadro clínico e debatendo seus aspectos.

Em casos graves deve-se avaliar o grau de depressão respiratória e da acidose, por oximetria de pulso, disponível nas ambulâncias de suporte avançado. Opcionalmente, a gasometria arterial pode ser usada em instituições onde esteja disponível. Pode-se usar bicarbonato de sódio nos casos de acidose, pois a alcalinização urinária aumenta a excreção da droga.

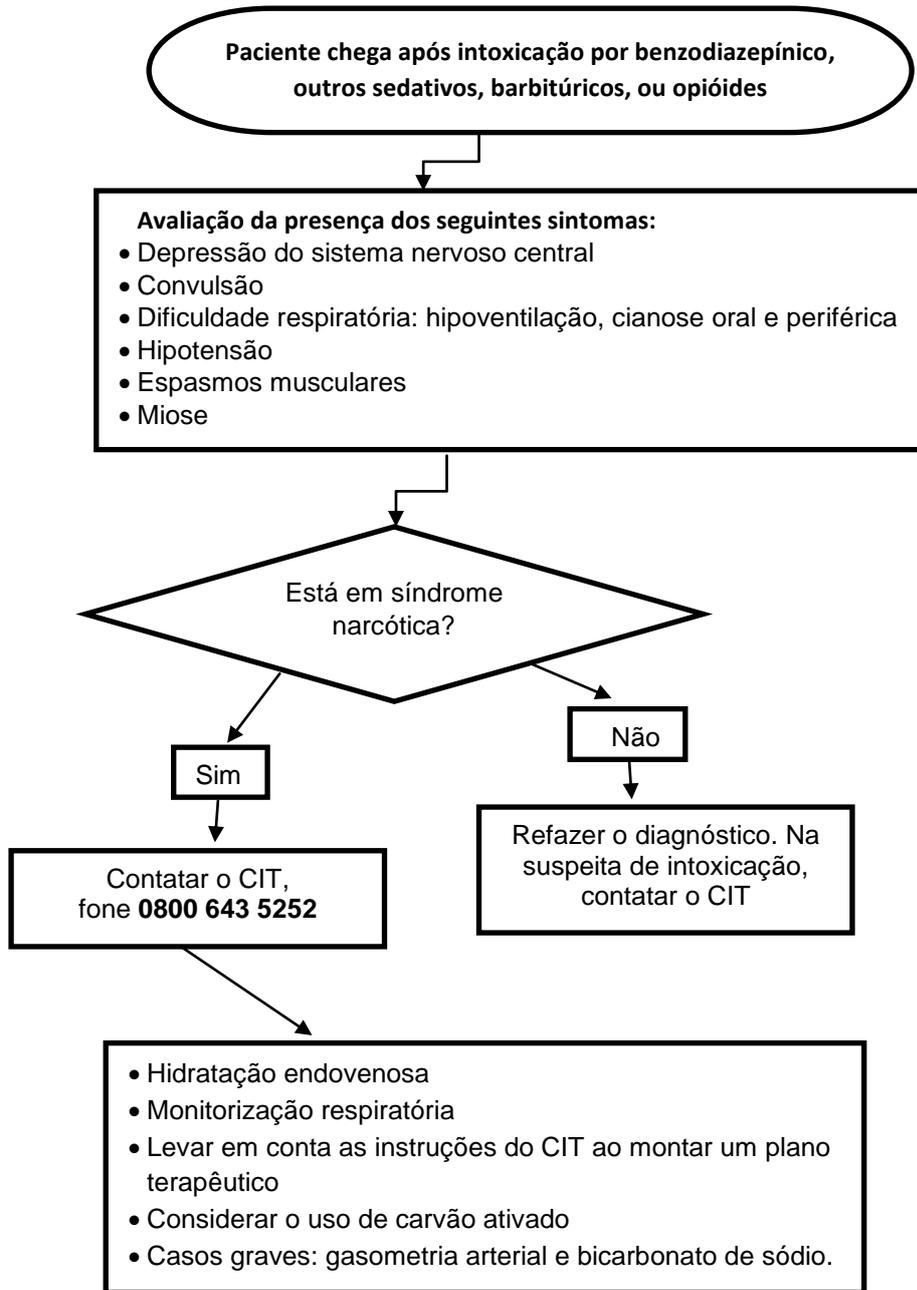
Não se deve induzir o vômito. Contraindica-se, na grande maioria das vezes, a realização de lavagem gástrica pelos riscos inerentes. Pode-se usar o carvão ativado.

O uso de flumazenil, antagonista dos benzodiazepínicos e dos indutores do sono (inclusive dos da linha Z, zolpidem, zaleplon e zopiclona) é polêmico e vem sendo utilizado raramente, pois há riscos no procedimento.

A regra é a de não usar antídotos, sem antes ter combinado com o CIT, a partir da consultoria solicitada por telefone.

Seguir as recomendações do CIT após apresentar o caso.

6. ALGORITMO





Mulher sentada com xícara de café, aquarela de Alphonse Mucha.

Síndrome simpaticomimética por intoxicação

Protocolo clínico

Alan Indio Serrano
Rosalie Kupka Knoll
Daiane S. Rotava
Guilherme Mello Vieira
Anna Paula G. Macarini
Tadeu Lemos

e Grupo Consultores do QualISUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Situações de *overdose* de psicoanalépticos, especialmente de estimulantes da vigília, intencional ou acidental, são os motivos mais comuns, entre os usuários da Rede de Atenção Psicossocial, para estes quadros clínicos.

A síndrome simpaticomimética em intoxicações por abuso de substâncias psicoativas é um quadro de emergência ou de urgência que leva à excitação do sistema nervoso central. As substâncias causadoras da síndrome mimetizam as aminas biogênicas (adrenalina, serotonina e dopamina).

A forma adrenérgica da síndrome, em diferentes graus de intensidade, geralmente é causada por abuso de:

- 1) Anfetaminas
- 2) Cocaína
- 3) Crack
- 4) Ácido lisérgico (LSD)
- 5) Cafeína
- 6) Teofilina

A forma serotoninérgica da síndrome pode ocorrer por reação a antidepressivos inibidores da monoamino-oxidase, atualmente pouco usados.

O abuso de anfetaminas provém de armazenamento caseiro, a partir do contrabando de metilfenidato ou de dextroanfetaminas, conseguidos ilegalmente (por contrabando) ou legalmente. O primeiro é comprado legalmente através de receitas para pessoas supostamente portando transtornos de déficit de atenção e hiperatividade. As segundas, através de receita para emagrecimento.

Pessoas com taquiarritmias são as mais vulneráveis, pois a intoxicação pode complicar seriamente o quadro cardíaco.

A cafeína está nos rebites tradicionalmente usados por caminhoneiros e nas bebidas ditas energéticas (geralmente em misturas com taurina, que influi, também nas contrações cardíacas), além de existir em composições farmacêuticas com ácido acetilsalicílico.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

X40-X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a substâncias nocivas

- X42 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte
- X43 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo
- X44 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas
- X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras substâncias químicas nocivas e às não especificadas

X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente

- X62 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte
- X63 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo
- X64 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas
- X69 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas

Y10-Y34 Envenenamentos em eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada

- Y12 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a narcóticos e a psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte, intenção não determinada
- Y13 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo, intenção não determinada
- Y19 Envenenamento [intoxicação] por e exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados, intenção não determinada

A classificação dos quadros acima, para fins epidemiológicos, pode ser completada pela especificação do local onde ocorreu, colocando-se o código e um novo dígito após o ponto:

- .0 - residência
- .1 - habitação coletiva
- .2 - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
- .3 - área para a prática de esportes e atletismo
- .4 - rua e estrada
- .5 - áreas de comércio e de serviços
- .6 - áreas industriais e em construção
- .7 - fazenda
- .8 - outros locais especificados
- .9 - local não especificado

Incluem-se, ainda, os seguintes quadros:

T40 Intoxicação por narcóticos e psicodislépticos

T40.5 Intoxicação por cocaína

T40.9 Intoxicação por outros psicodislépticos e os não especificados

T43.1 Intoxicação por antidepressivos inibidores da monoamino-oxidase (IMAO)

F15.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína – intoxicação aguda

3. DIAGNÓSTICO

A forma adrenérgica da síndrome simpaticomimética é caracterizada por taquicardia, hipertensão, hipertermia, diaforese, hiperreflexia, midríase e palidez, podendo evoluir com distorções perceptuais, convulsões, alterações paranoides do pensamento e baixa consciência. As principais complicações são o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal e as arritmias fatais.

A anfetaminas têm outros efeitos especiais, além dos simpaticomiméticos. A metanfetamina denominada MDMA (3,4-metileno-dioximetanfetamina), conhecida como êxtase ou ecstasy, tem quadro efeitos colaterais principais: hipertermia, neurotoxicidade, cardiotoxicidade e hepatotoxicidade. Na intoxicação aguda causa hipertensão, hipertermia, trisma, emese, sudorese e desidratação.

A forma serotoninérgica da síndrome simpaticomimética é caracterizada por agitação, confusão, hipertermia, taquicardia, diaforese, mioclonia e tremores, evoluindo progressivamente com hipertonia, convulsões, rabdomiólise, coma e insuficiência renal.

Entre possíveis diagnósticos diferenciais deve-se incluir toxicidade por carbamazepina, infecções do sistema nervoso central, abstinência etílica, abstinência a alguns fármacos (hipnóticos, sedativos ou opioides), insolação, toxicidade por lítio e overdose de simpaticomiméticos.

Nas unidades básicas e nos CAPS deverá ser feita a classificação de risco. Havendo intoxicação emergencial deve ser feito o imediato encaminhamento a um pronto-socorro hospitalar ou ao SAMU.

4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Prontos-socorros de hospitais gerais, SAMU, unidades de pronto atendimento (UPA).

Em qualquer serviço de saúde, o atendimento de tais casos deve pensado no contexto de uma linha de cuidado às intoxicações.

O **Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC)** é uma unidade pública de referência no Estado de Santa Catarina na área de Toxicologia Clínica, especializada em prover informações para o diagnóstico e tratamento de intoxicações e envenenamentos. Mantém um serviço de plantão 24 horas para informações específicas em caráter de urgência aos profissionais de saúde, principalmente médicos da rede hospitalar e ambulatorial e de caráter educativo/preventivo à população em geral, diretamente ou através de ligação gratuita pelo telefone **0800 643 5252**.

Os casos que forem levados a unidades básicas de saúde ou a CAPS devem ser encaminhados a emergências de hospitais gerais ou ao SAMU.

5. TRATAMENTO

Em situações graves, a prioridade inicial é assegurar vias aéreas, manter ventilação e a oxigenação, manter acesso endovenoso. O serviço que está atendendo o caso deve entrar em contato com o Centro de Informações Toxicológicas, por telefone, passando o caso, discutindo-o e anotando as indicações recebidas.

Havendo concordância da equipe de toxicologia do CIT, os casos apresentando convulsões podem ser tratados com diazepam⁷⁴⁶ endovenoso na dose de 0,2 a 0,3 mg/kg/dose^{747, 748}. Na falta de acesso venoso usa-se o midazolam⁷⁴⁹, administrado por via intramuscular na dose de 0,2 a 0,7 mg/kg⁷⁵⁰.

Em intoxicações leves por ecstasy, hidrata-se e aguarda-se em monitorização. Nas intoxicações moderadas, sedativos por via oral podem ser usados, se necessários.

Quadros graves requerem cuidados intensivos, como ventilação mecânica, controle do balanço hidroeletrólítico e drogas vasoativas. Vasoconstritores poderão ser utilizados em hipotensões importantes. Nas arritmias, atualmente se contraindica o uso de beta-bloqueadores, para estes casos.

Deve-se seguir as recomendações do CIT, após a apresentação do caso por telefone.

⁷⁴⁶ ELKIS LC. Crises sintomáticas agudas. In: MANREZA MLG, GROSSMANN RM, VALÉRIO RMF, GUILHOTO LMFF. **Epilepsia** (infância e adolescência). São Paulo: Lemos Editorial; 2003. p.207-28.

⁷⁴⁷ SIQUEIRA, Luis Felipe Mendonça de. Atualização no diagnóstico e tratamento das crises epiléticas febris. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400026&lng=en&nrm=iso>.

⁷⁴⁸ ALBUQUERQUE, Milena de; CENDES, Fernando. Estado de mal epilético em adultos: revisão e proposta de protocolo. **J. epilepsy clin. neurophysiol.**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492011000400009&lng=en&nrm=iso>.

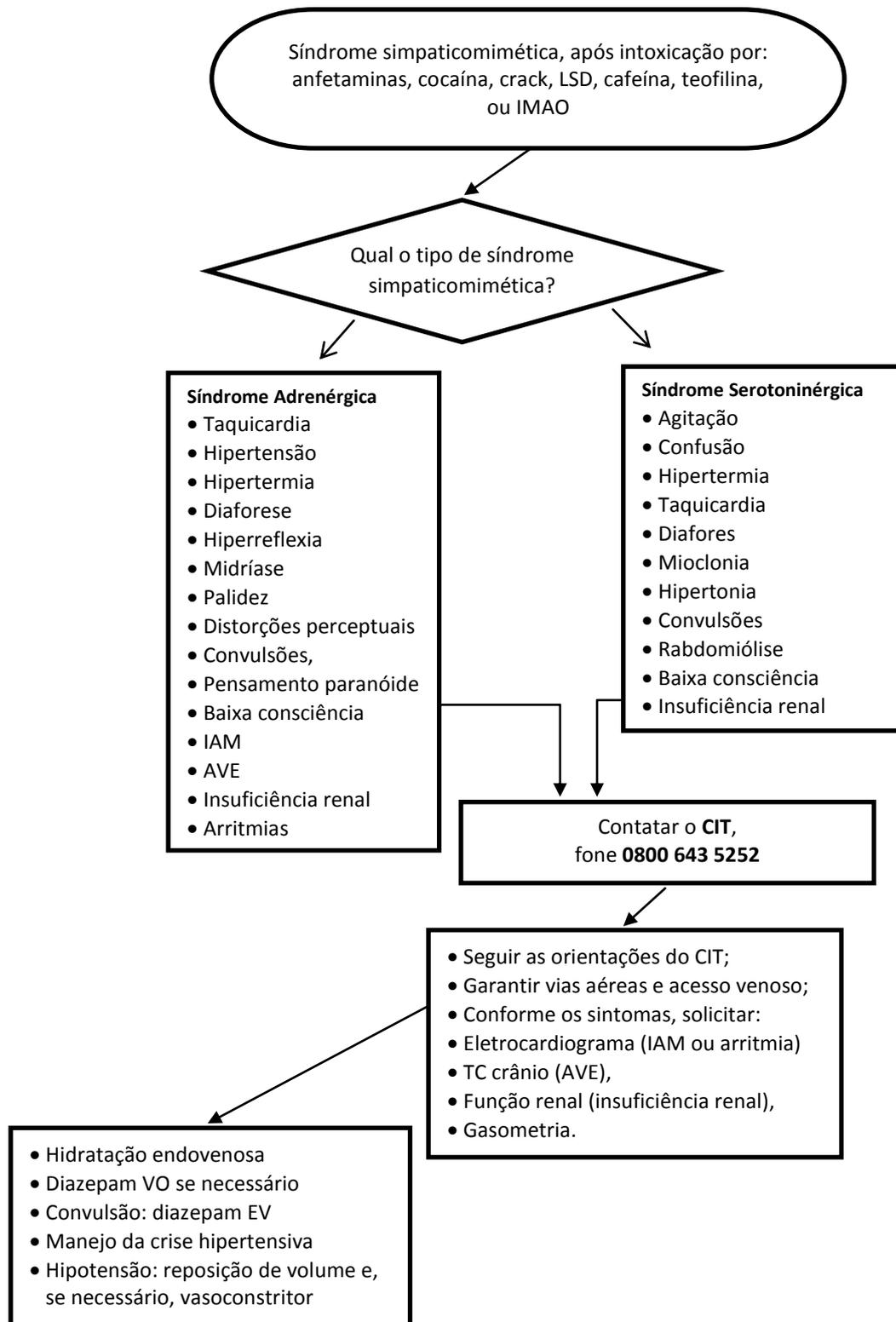
⁷⁴⁹ GALDAMES, C. D.; et al. Intramuscular midazolam in the initial treatment of status epilepticus. **Rev Neurol.** Vol. 42, Nº6 (2006), p.332-5.

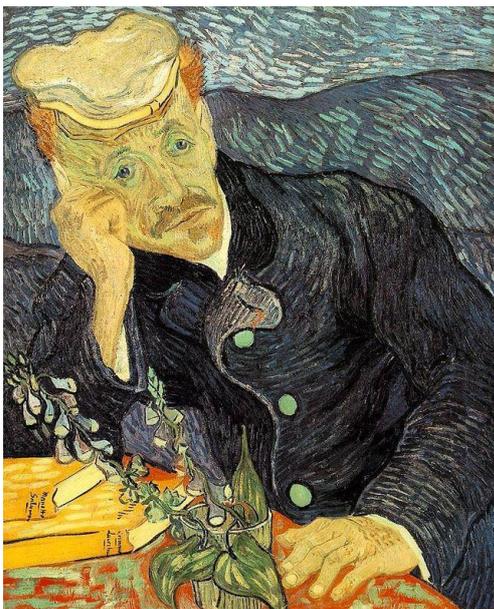
SHAH, I.; DESHMUKH, C.T. intramuscular midazolam vs intravenoso diazepam for acute seizures. **Indian J Pediatr.** Vol. 72, Nº 8 (2005), p.667-70.

STASIUKYNIENE, V.; et al. Epileptic seizures in critically ill patients. **Medicina**, (Kaunas) Vol. 45, Nº6 (2009), p.501-7.

⁷⁵⁰ DE LOURDES PORTELA, Janete; PIVA, Jefferson Pedro. Midazolam versus diazepam for the treatment of status epilepticus in pediatric emergency Abstract in English. **Scientia Medica**, v. 21, n. 4, p. 184-190, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucri.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewArticle/9176>>.

ALGORITMO





Primeira versão do retrato do Dr. Gachet, médico que atendeu Van Gogh em suas crises bipolares.

Atendimentos passíveis de gerar complicações éticas, judiciais e previdenciárias

Diretriz

Alan Indio Serrano
Paulo de Tarso Freitas
Rosalie Kupka Knoll
Guilherme Mello Vieira
Fernando Balvedi Damas
e Grupo Consultores do QualisUS-Rede da Região Metropolitana de Florianópolis

1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Boa parte da demanda em serviços de saúde mental é representada por consultas voltadas a questões que não são clínicas: são demandas legais, ou administrativas, ou de outras naturezas. Como regra, as avaliações forenses, avaliações de custódia da criança, e avaliações de incapacidade civil, estão fora do escopo do SUS, pois não fazem parte de seus objetivos e de seus deveres.

Muitas vezes as pessoas que procuram o serviço do SUS com tais demandas sequer são pacientes regulares de psiquiatra ou de médico com formação em saúde mental. Diante de tais demandas, os objetivos devem ser esclarecidos, antes de o serviço assumir o problema. Muitas dessas consultas dependem muito, ou mesmo totalmente, de provas documentais ou dados disponíveis em outras fontes.

A interação entre o médico, a equipe de saúde, a instituição e o usuário do serviço sofre influências do contexto e dos interesses do cliente. Reações emocionais, envolvendo as fantasias do cliente são fatores importantes na montagem do tipo de relação que poderá ocorrer. A decepção com um serviço que não corresponda às fantasias pode gerar condutas desagradáveis, que exigirão dos profissionais de saúde habilidades especiais para o manejo da relação. Mesmo em contextos comuns, de atendimento a sintomas, precisa-se atentar para a arte da relação e para a construção de um contexto⁷⁵¹. O paciente que não quer montar uma

⁷⁵¹ SOAR FILHO, E.J. A interação médico-cliente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100007&lng=en&nrm=iso>.

relação para tratamento, mas tão somente uma relação breve para que o médico depache um documento, segue lógica diversa da lógica da relação cliente-terapeuta.

A expressão “ganhos secundários” é o termo para se referir a benefícios que um transtorno ou doença pode gerar ao cliente, justificando um desejo consciente ou inconsciente de continuar doente⁷⁵². Este fenômeno provoca a busca intensa e a troca rotativa de médicos e de serviços, pelo usuário, que monta, muitas vezes, relação beligerante e exigente com os servidores públicos.

2. RECOMENDAÇÕES

Da sugestão e da prescrição

Os determinantes sociais de saúde e de doença são fatores que os profissionais da saúde rearticulam e buscam manejar. Eles, contudo, não se confundem com a etiologia ou com os procedimentos terapêuticos. Portanto, cabe aos profissionais da saúde, cuidar para não alimentar confusões geradoras de processos judiciais.

Determinantes do estado de saúde.



Fonte: Mendes, 2007⁷⁵³.

Nas varas cíveis e da fazenda há processos judiciais que requerem ao município e ao estado uma série de coisas alheias ao SUS, como se elas fossem procedimentos terapêuticos a serem financiados ou dados pelo sistema. Nas varas do trabalho há processos que visam responsabilizar determinantes como se fossem causa única, suficiente e necessária para justificar a existência de doenças.

⁷⁵² DERSH, Jeffrey, et al. The management of secondary gain and loss in medicolegal settings: strengths and weaknesses. **Journal of Occupational Rehabilitation**. Volume 14, Number 4, 267-279.

⁷⁵³ MENDES, René. **Determinantes sociais do processo saúde/doença e trabalho**. Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro: CESTH-ENSP-FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <<http://slideplayer.com.br/slide/1437951/>>.

O médico pode prescrever⁷⁵⁴ um medicamento ou um procedimento não medicamentoso. Prescrever é indicar, receitar, determinar um tratamento (um remédio, uma cirurgia, etc.).

O Conselho Federal de Medicina orienta seus inscritos a respeito da prescrição em um manual de leitura obrigatória para todos os médicos⁷⁵⁵.

O médico pode, também, recomendar, sugerir ou aconselhar algo que não seja um tratamento médico, mas que possa ser saudável, possa ajudar na recuperação da saúde, ou possa ter efeitos preventivos.

Há coisas recomendadas, aconselhadas ou sugeridas que não são, em si, tratamentos médicos. Por exemplo, um médico conversa com seu paciente: “-Não seria interessante você entrar em férias, para romper o círculo atual e passar a cuidar mais de si?”. As férias estão numa categoria de sugestão, mas não são um tratamento médico ou um procedimento técnico de saúde que o médico está receitando formalmente o paciente.

É importante que os operadores do Direito compreendam tais recomendações e sugestões num contexto intersetorial e amplo. Alguns advogados pouco experientes imaginam que tudo o que o médico recomendar deva ser patrocinado, administrado ou pago pelo SUS, como se o setor da saúde existisse independentemente do restante do mundo.

Em saúde mental é comum que profissionais de unidades básicas ou de CAPS sugiram, ou até recomendem a entrada voluntária em uma comunidade terapêutica, nos casos de dependência química. As comunidades, porém, não representam um procedimento ou um tratamento médico. O médico, no caso, não prescreve ou receita a ida para uma comunidade terapêutica: ele sugere ou aconselha. Da mesma forma sugere-se a alguns pacientes que frequentem o grupo de autoajuda dos Alcoólicos Anônimos (AA). Sugere-se que alguns pais de crianças frequentem a Associação dos Amigos dos Autistas (AMA). Que algumas crianças tenham reforço escolar. Nem por isso os AA, a AMA ou o reforço escolar se transformam em procedimentos de saúde.

Assim o médico deve ter cuidado na escolha das palavras, ao anotar num documento, como os laudos, atestados, declarações e receitas, pois nem sempre os operadores do Direito conseguem fazer as necessárias distinções.

Há dois modos de indicar⁷⁵⁶ algo ao paciente:

- (1) um, em sentido estrito, é prescrever, receitar, enquanto procedimento, ação e serviço de saúde disponível no SUS;
- (2) outro, em sentido lato, é aconselhar, orientar, sugerir, recomendar, enquanto comportamento que dependa do paciente e de outros fatores para além dos serviços e ações de saúde específicos.

Em alguns casos é importante que o tipo de indicação fique explicitado, para que não seja fator de exigências desmedidas ou de confusões.

Alguns pacientes interpretam orientações como se fossem receitas de tratamentos e solicitam ao SUS, ao plano de saúde, ou à empresa onde trabalham, que assumam coisas que lhes podem ajudar a saúde, mas que não são tratamentos, a rigor: o pagamento de aulas de natação, a matrícula em academias de ginástica, férias em local onde a possibilidade de alergia lhes seja menor, residência

⁷⁵⁴ Prescrever, no Dicionário de Aurélio Buarque de Hollanda, entre outros significados, é: ordenar, dar ordem para; estabelecer, determinar; indicar, receitar.

⁷⁵⁵ CFM. **Manual de orientações básicas para prescrição médica**. [Orgs.: Célia Maria Dias Madruga, Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza]. 2ª ed. rev. ampl. Brasília: CRM-PB/CFM, 2011. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/cartilhaprescimed2012.pdf>>.

⁷⁵⁶ No dicionário de Aurélio, indicar significa mostrar, dar a conhecer, mencionar.

longe de familiar com quem tem conflito, etc. Muitos abusos transformados em processos judiciais são possíveis porque firmam-se atestados médicos pouco pensados e imperativos, dando margem a interpretações amplas e errôneas.

Do atestado médico

O atestado médico pode ser oficioso (por exemplo, para justificar ausência ao trabalho e à escola por estar doente), administrativo (para fins de licença, aposentadoria, justificativa ou abono de faltas), ou judiciário (solicitados pelo juiz).

Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria ou no prontuário médico os dados de anamnese, exame físico, exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos de Previdência Social e da Justiça.

Finalidades formais dos atestados.



Fonte: CREMESP, 2013⁷⁵⁷.

Alguns problemas médicos, em relação a atestados, são os seguintes:

- Emitir atestado sem a realização de consulta.
- Cobrar por atestado, quando não houve atendimento que o justificasse.

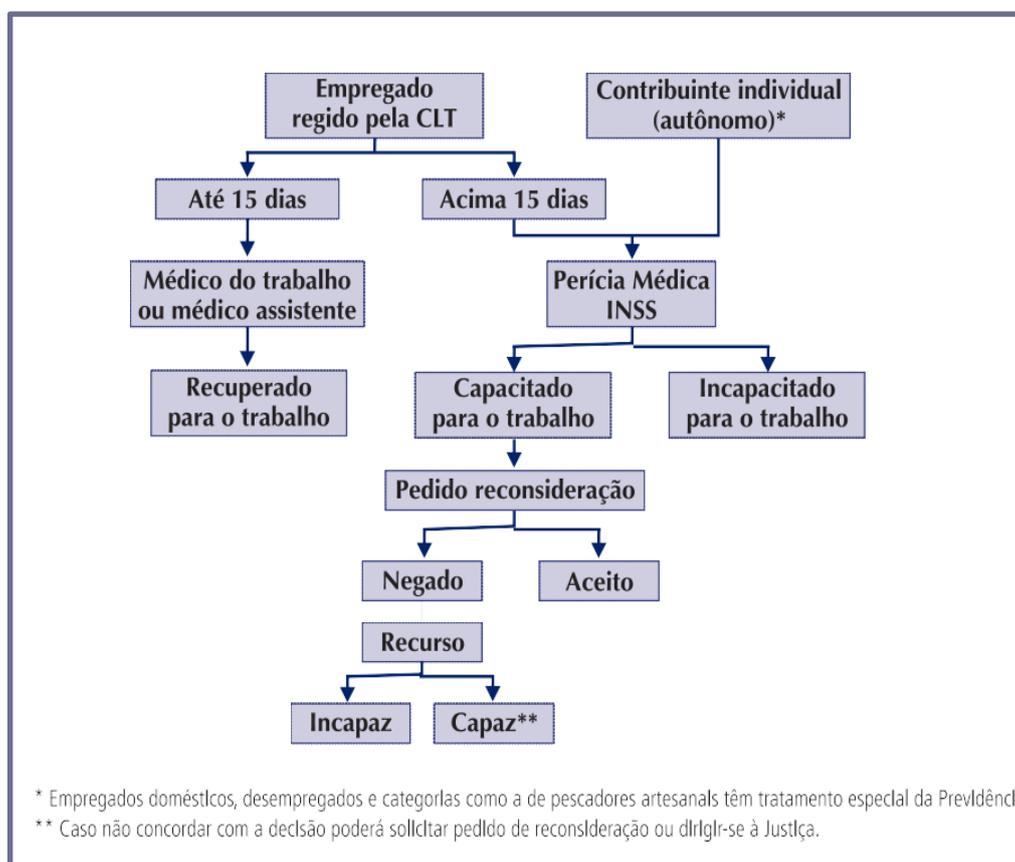
⁷⁵⁷ CREMESP. **Atestado médico: prática e ética**. [Coord. Gabriel Oselka]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/atestado_medico_pratica_etica.pdf>.

- c) Atestar saúde ou doença em período anterior ao atendimento (salvo situações excepcionais, que devem ser explicitadas no atestado).
- d) Revalidar atestado de outro médico.
- e) Rasurar atestado.
- f) Emprestar formulário pessoal de atestado a outro médico.
- g) Deixar assinados atestados em branco.
- h) Abandonar carimbos e formulários, que possam identificá-lo, em locais que possibilitem o uso sem a sua autorização.
- i) Inserir diagnóstico ou CID sem autorização expressa do paciente.

Certamente, a frase “-Doutor, dê-me um atestado para eu levar ao INSS e ver se consigo me encostar” já foi ouvida por qualquer médico⁷⁵⁸.

Nos serviços do SUS é constante e diária a solicitação de atestados ou relatórios para entregar a empregadores, ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou a outros institutos de previdência, visando o afastamento do trabalho.

Afastamento do trabalho por problemas de saúde: fluxo



Fonte: CRM SP, 2013.

O empregador é responsável pelo pagamento do salário integral dos quinze primeiros dias de afastamento do trabalho em função de atestado médico. Somente a partir do décimo sexto dia de atestado o empregado entra em auxílio-doença no INSS. No final do ano de 2014 houve a alteração do prazo de 15

⁷⁵⁸ BARROS, Irapuan. Atestado médico. **CFM**, 29 nov 1999. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20650:atestado-medico&catid=46>.

dias consecutivos de afastamento, para 30 dias consecutivos (veja-se a Lei 8.213/2015, a Medida Provisória 664/21014 e a Lei 13.135/2015). Esta alteração vigiu até o dia 17 de Junho de 2015. Em 18 de Junho de 2015 voltou a valer a regra antiga de que somente os quinze primeiros dias serão pagos pelo empregador.

É o perito previdenciária a autoridade para deferir ou indeferir o retorno do funcionário ao trabalho. Não existe, porém, obrigação, por parte do segurado e do empregador, de se submeter à perícia para voltar ao trabalho nos casos em que sabidamente o segurado já recuperou sua condição laborativa. Nestes casos, quem decide o tempo de tratamento e o retorno ao emprego (a alta médica) é o médico assistente junto com o médico do trabalho. O ideal, contudo, é que a alta seja convalidada pela perícia, para dar à empresa a segurança de que não haverá fraude (recebimento duplo, do INSS e da empresa).

Por outro lado, é comum que alguns pacientes busquem causar um conflito entre médicos-peritos e médicos-assistentes, quando os peritos desconsideram informações dos atestados emitidos pelos médicos-assistentes. Da mesma forma que o médico-assistente tem liberdade de pronunciamento no atestado médico, o médico-perito tem total autonomia para acatá-lo, ou não. O perito se baseia em critérios legais, conforme o inciso 3º, do artigo 6º, da resolução do CFM nº 1.658/2002. Portanto, não há motivos para o enfurecimento, seja por parte do médico-perito, seja por parte do médico-assistente, quando um determinado atestado é recebido e não é acatado por uma das partes⁷⁵⁹.

Quando trabalhando em equipe multiprofissional, o médico poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar o seu atestado. É comum, nos CAPS, que sejam ouvidos os membros da equipe, quanto a aspectos psicossociais e a fatores que interferem no comportamento do usuário.

Atestados para isenções, requeridos ao serviço público

Algumas pessoas, por doença, deficiência ou condição especial, pedem atestados destinados à isenção de imposto de renda, para a obtenção de passe livre no transporte público, emprego em cota de excepcionais (de pessoas com necessidades especiais) e à liberação do IPI para compra de veículos.

Se o interessado não é paciente do médico ou do serviço procurado, nestes casos, ele fará um papel semelhante ao de perito, mesmo sem ter sido nomeado para tal. Ele precisa avaliar o interessado, ver os atestados, exames e prescrições feitos por outros médicos (se existirem) e emitir um laudo, caso fique comprovada a condição capaz de levar à isenção. Legalmente, esta validação de opinião e de documento – ou reavaliação – objetiva garantir que os dados são verdadeiros⁷⁶⁰. É polêmico o encaminhamento de tais pedidos ao SUS, pois sua resolução não consta nos objetivos, nos princípios, nas atribuições e nas competências do SUS, definidos pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. É justo, porém, que o médico-assistente do cidadão emita o laudo, mediante pedido, levando em conta o conhecimento da sua história clínica.

⁷⁵⁹ BARROS, Irapuan. Atestado médico. **CFM**, 29 nov 1999. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20650:atestado-medico&catid=46>.

⁷⁶⁰ CREMESP. **Atestado médico: prática e ética**. [Coord. Gabriel Oselka]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/atestado_medico_pratica_etica.pdf>.

Laudos para isenção do imposto de renda

Da mesma forma, é polêmico o uso do SUS para a emissão de laudos para isenção do imposto de renda, quando o paciente não está em tratamento naquele serviço. É perfeitamente justo que o médico-assistente emita o atestado para um paciente seu. Os portadores de algumas doenças graves, alguns vitimados por acidente em serviço e certos portadores de moléstia profissional, podem requerer isenção do imposto de renda sobre os rendimentos relativos à aposentadoria, à pensão ou à reforma, segundo a legislação. São quinze as condições que permitem esta isenção:

Os quadros que permitem essa modalidade de isenção são:

- 1) AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida);
- 2) Alienação mental;
- 3) Cardiopatia grave;
- 4) Cegueira; contaminação por radiação;
- 5) Doença de Paget em estados avançados (osteíte deformante);
- 6) Doença de Parkinson;
- 7) Esclerose múltipla;
- 8) Espondiloartrose anquilosante;
- 9) Fibrose cística (mucoviscidose);
- 10) Hanseníase;
- 11) Nefropatia grave;
- 12) Hepatopatia grave;
- 13) Neoplasia maligna;
- 14) Paralisia irreversível e incapacitante;
- 15) Tuberculose ativa.

A pedido do paciente, se for o caso, o médico assistente pode fazer um atestado ou um relatório provando a existência da condição que justifica a isenção.

Uma única condição psiquiátrica está elencada na lista e ela não é o nome de uma doença específica: é o estado de alienação mental. Alienação mental é um conceito jurídico que significa:

“todo caso de distúrbio mental ou neuromental **grave e persistente**, no qual, **esgotados** os meios habituais de tratamento, haja **alteração completa ou considerável da personalidade** comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação do pragmatismo e tornando o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho”.

São raros, pois, os quadros de invalidez que se enquadram neste conceito. Para caber nele, dever-se-á identificar, no quadro clínico, os seguintes elementos:

- a) transtorno intelectual: atinge as funções mentais em conjunto e não apenas algumas delas;

- b) falta de autoconsciência: o indivíduo ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;
- c) inadaptabilidade: o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do indivíduo em relação às regras que disciplinam a vida normal em sociedade;
- d) ausência de utilidade: a perda da adaptabilidade redundará em prejuízo para o indivíduo e para a sociedade.

No seu estágio evolutivo, deverão estar satisfeitas as seguintes condições:

- a) Precisa ser enfermidade mental ou neuromental;
- b) Precisa ser persistente;
- c) Precisa ser refratária aos meios habituais de tratamento;
- d) Precisa provocar alteração completa ou considerável da personalidade;
- e) Precisa comprometer gravemente os juízos de valor e realidade, com destruição da autodeterminação e do pragmatismo;
- f) Precisa tornar o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho;
- g) Precisa haver um nexo causal, sintomático e sequelar entre o quadro psíquico e a personalidade do indivíduo.

São considerados meios habituais de tratamento:

- a) As psicoterapias;
- b) As psicofarmacoterapias;
- c) As terapêuticas biológicas.

Não é considerada meio de tratamento a utilização de psicofármacos ou outras terapias em fase experimental, ou o não aprovados pela ANVISA.

Portanto os quadros clínicos, a serem avaliados do ponto de vista de seu enquadre no conceito de alienação mental, classificam-se da seguinte forma:

1) São equadráveis como casos de alienação mental:

- a) estados de demência;
- b) psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos, avançados;
- c) paranóia e parafrenia nos estados crônicos, avançados;
- d) oligofrenias graves.

2) Podem ser excepcionalmente considerados casos de alienação mental:

- a) psicoses afetivas, mono ou bipolar, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou, ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível de personalidade;
- b) psicoses epilêpticas, quando caracterizadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
- c) psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência.

3) Nunca são casos de alienação mental:

- a) transtornos neuróticos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos;
- b) transtornos da identidade e da preferência sexual;

- c) alcoolismo (exceto as síndromes de Korsakoff, Wernike-Korsakoff e Marchifava-Bignami, que são demenciais), dependência de substâncias psicoativas;
- d) oligofrenias leves e moderadas;
- e) psicoses do tipo reativo e transtornos reativos de ordem neurótica (reação de ajustamento, reação ao estresse);
- f) psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis).

Pedidos de atestados falsos ou por metassimulação

Eventualmente os médicos são abordados por pacientes que querem fazer uso do atestado para faltar ao trabalho ou justificar faltas anteriores. Estas pessoas geralmente vão a prontos-socorros, UPA ou a CAPS, sem agendar hora. Nesse ponto, o médico deve ser contundente em atestar o que vê, ou seja, a ausência de doença. Caso o paciente concorde com o uso da CID-10, e assine a autorização no próprio atestado, o médico pode utilizar códigos como os abaixo:

- Z76.9 – pessoa em contato com serviços de saúde;
- Z76.3 – pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente;
- Z00.0 – consulta médica geral;
- Z76.5 – pessoa fingindo ser doente (simulação consciente);
- F68.1 – produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades físicas ou psicológicas
- F99 – transtorno mental não especificado;
- F45.1 – transtorno somatoforme indiferenciado.

Para que conste o código, deve haver autorização expressa do paciente. Mas também pode ser colocado o código, no atestado, por justa causa, por exercício de dever legal ou por solicitação do representante legal do paciente.

Essa informação de autorização deve constar no próprio atestado. Justa causa, segundo o Parecer-Consulta CFM nº 37/2001 é: “o interesse de ordem moral ou social que autorize o não-cumprimento de uma obrigação, contanto que os motivos apresentados sejam, na verdade, justificadores de tal violação”. Dever legal é toda obrigação que consta instituída por lei. Entenda-se por representante legal os pais (nos casos de menoridade), tutores e curadores, bem como os demais casos regulamentados no Código Civil Brasileiro. Os representados legalmente são os incapazes de se manifestar: os menores de 18 anos, os deficientes mentais e os que não puderem exprimir sua vontade.

É possível que um indivíduo verdadeiramente doente se passe por outro para adquirir atestado utilizando o nome de um indivíduo sadio, na tentativa de fraudar os institutos previdenciários ou empresas. Antes da emissão do atestado deve, o médico, solicitar documento de identificação do paciente examinado. A resolução do CFM nº 1.658/2008, em seu artigo 4º, torna tal prática obrigatória. Outra precaução a destacar é a necessidade de se deixar descrito no atestado sua finalidade, ou seja, informar se está destinado a afastamento de atividades laborativas, escolares, para atividades físicas, para indicação a vaga especial, etc.

Recomendações ao médico prescritor

Recomenda-se aos médicos e aos odontólogos vinculados ao SUS que, no interesse público, quando no exercício de sua profissão no âmbito do Sistema Único de Saúde, utilizem **critériosamente, até o esgotamento**, as alternativas de fármacos previstas na RENAME, nos Protocolos Clínicos, nas Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e nas listas oficiais, antes de prescreverem aos pacientes qualquer tratamento medicamentoso não padronizado pelo sistema público.

A prescrição de medicamento não padronizado geralmente não é fundamentada em elementos técnicos (literatura especificando as evidências científicas). Os elementos técnicos devem apontar a razão pela qual a alternativa já padronizada e fornecida gratuitamente pelo poder público não é eficaz ou adequada ao tratamento do caso. Tais prescrições dificultam que o sistema público possa utilizar a informação para seu próprio aperfeiçoamento. Como regra não contribuem à evolução das listas padronizadas de medicamentos.

Recomenda-se que, havendo necessidade de prescrição de medicamentos que extrapolem os padronizados nas relações oficiais e nos Protocolos Clínicos, assim como os citados em Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, apresentem **justificativa técnica circunstanciada**, apontando a inadequação ou a ineficiência do medicamento padronizado para o caso em questão, e apontando evidências científicas de segurança e eficiência do substituto proposto. A bibliografia referida deve ser explicitada, segundo regras preferencialmente da Associação Brasileira Norma Técnicas (ABNT). O seguinte roteiro, baseado no método Dader, para seguimento farmacoterapêutico⁷⁶¹, é indicado para os casos em que o médico deseja prescrever medicamentos não padronizados pelo SUS. O médico deve preencher as respostas e juntá-las à receita, para que seja montado pedido na Secretaria Municipal de Saúde:

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o paciente e seu(s) CID(s) correspondente(s) que motivaram a prescrição?
2. Quais as opções de tratamento oferecidas pelo SUS para cada uma das doenças citadas?
3. O tratamento indicado na sua prescrição pode ser substituído por alguma alternativa oferecida pelo SUS? () sim () não. Em caso afirmativo, especifique qual(is). Em caso negativo, justifique detalhadamente.
4. As alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS já foram utilizadas? () sim () não. Em caso afirmativo:
 - a) especifique o período de tratamento e a resposta do paciente.
 - b) especifique outros tratamentos (farmacoterapêuticos ou não) que o paciente tenha utilizado no período em que fez o tratamento oferecido pelo SUS, inclusive para outras doenças. Esclareça de que forma estes tratamentos poderiam interferir ou não no tratamento oferecido pelo SUS.
5. O paciente possui outra(s) doença(s) diagnosticada(s)? Qual(is)?
6. Atualmente o paciente faz uso de outro(s) tratamento(s) (farmacoterapêutico ou não)? Qual(is)?
7. No caso da prescrição citar marca comercial do medicamento, justifique a escolha da marca:

Havendo necessidade de prescrição de exames e procedimentos que extrapolem os padronizados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), o prescritor deve apresentar justificativa técnica circunstanciada, apontando a inadequação ou a ineficiência do exame e procedimentos padronizados para o caso em questão e apontando evidências científicas de segurança e eficiência do substituto proposto.

Preconiza-se a todos os funcionários do SUS que evitem a judicialização desnecessária, tentando solucionar as dificuldades por meios administrativos.

⁷⁶¹ HERNÁNDEZ, D.S.; CASTRO, M.M.S.; DADER, M.J.F. **Programa Dader**: guía de seguimento farmacoterapêutico. Granada: Universidade de Granada, 2007. Disponível em: <<http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA%20FINAL%20DADER.pdf>>.

HERNÁNDEZ, D.S.; CASTRO, M.M.S.; DADER, M.J.F. Método Dáder: manual de seguimento farmacoterapêutico. 3ª. ed. (versão em português). Alfenas: Editora Universidade Federal de Alfenas, 2014. Disponível em: <http://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/files/file/Guia%20dader%20interior%20brasil%20v4_.pdf>.

Índice Remissivo

Alucinógenos	87
Alzheimer	23
Anfetaminas	94
Ansiedade	303
Autismo	191
Bebês	78
Bipolar	262, 270
Bombeiros	401
Cocaína	62
Confusionais	32
Conversão	329
Crack	78
Crianças	362
Déficit de atenção e hiperatividade	380
Delirium	32
Demências	11
Depressão	242, 249
Desenvolvimento infantil	362
Dissociação	228
Efeitos colaterais/neurolépticos	222
Emergências	402, 413, 432
Envenenamentos	433
Esquizoafetivo	165
Esquizofrenia	136
Estresse pós-traumático	338
Ética	460
Gestantes	78
Globais do desenvolvimento	191
Hipnóticos	106
Histeria, histrionismo	228
Inalantes	112
Infantil	362
Intoxicação	433
Intoxicação (síndromes)	432, 445, 450, 454
Invasivos do desenvolvimento	191
Judiciais	460
Lítio	291
Maconha	87
Nicotina	120
Ópio	99
Opióides	99
Pânico	315
Personalidades	349
Previdência	460
Pronto-socorro	413

Psicoses transitórias	129
Psicoses agudas	129
SAMU	412
Sedativos	106
Síndromes neurolépticas	222
Socorristas	402
Solventes voláteis	112
Somatoformes	228
Stress	338
Substâncias psicoativas	44
Suicídio	296
Tabagismo	120
Transtorno afetivo bipolar	262, 270
Transtornos depressivos	242, 249
Urgências	402, 413