

MI-mhGAP Manual de Intervenções

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

Versão 2.0



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas



Programa de Ação para reduzir as
lacunas em Saúde Mental

Versão oficial em português da obra original em Inglês
mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings:
mental health Gap Action Programme (mhGAP) - Version 2.0
© Organização Mundial da Saúde, 2016
ISBN: 978 92 4 154979 0

MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0
ISBN: 978 92 75 71957 2

© Organização Pan-Americana da Saúde 2018

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OPAS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável nem pelo conteúdo nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa”.

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida. MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OPAS, ver www.publications.paho.org. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar www.paho.org/permissions.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao usuário determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indenização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isenção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Pan-Americana da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Pan-Americana da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registrada.

A OPAS tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OPAS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

MI-mhGAP 2.0 » Índice

Prefácio	iii	» PCE Práticas e cuidados essenciais	5
Agradecimentos	iv	» MG Mapa geral	16
Introdução	1	» DEP Depressão	19
Como usar a versão 2.0 do MI-mhGAP	3	» PSI Psicoses	33
		» EPI Epilepsia	51
		» MCO Transtornos mentais e comportamentais em crianças e adolescentes	69
		» DEM Demência	93
		» SUB Transtornos por uso de substâncias	105
		» SUI Autoagressão/suicídio	131
		» OUT Outras queixas significativas em saúde mental	141
		Implementação do MI-mhGAP	151
		Glossário	159

MI-mhGAP 2.0 » Prefácio

Os transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas (MNS) têm elevada prevalência e são responsáveis por uma grande carga de doença e incapacidade em todo o mundo. Ainda existe uma grande lacuna entre a capacidade e os recursos disponíveis nos sistemas de saúde, as demandas urgentes e o que está disponível para reduzir a carga. Quase 1 em cada 10 pessoas tem um transtorno de saúde mental, mas somente 1% da força de trabalho em saúde mundial oferece atenção à saúde mental. Os transtornos MNS interferem consideravelmente na capacidade de aprendizado das crianças e de funcionamento dos adultos na família, no trabalho e na sociedade em geral.

Reconhecendo a necessidade absoluta de oferecer serviços às pessoas com transtornos MNS e seus cuidadores, bem como de superar as diferenças entre os recursos disponíveis e a grande necessidade desses serviços, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS lançou o Programa de Ação para reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP, na sigla em inglês) em 2008. Os principais objetivos do mhGAP são reforçar o compromisso de governos, organizações internacionais e outros interessados diretos de aumentar a alocação de recursos financeiros e humanos destinados à atenção aos transtornos MNS e também de alcançar cobertura muito maior com intervenções estratégicas em países de baixa e média renda. Com esses objetivos, o mhGAP oferece orientação baseada em evidências e ferramentas para avançar rumo às metas do Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020.

Em 2010, elaborou-se o Manual de Intervenções mhGAP (MI-mhGAP) para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde com a finalidade de auxiliar na implementação do mhGAP. Uma ferramenta técnica simples baseada nas diretrizes do mhGAP, o MI-mhGAP apresenta o manejo integrado de condições MNS prioritárias com uso de protocolos para a decisão clínica. Existe uma ideia disseminada, porém falsa, de que todas as intervenções em saúde mental são complexas e só podem ser realizadas por pessoal altamente especializado. Nos últimos anos, as pesquisas demonstraram a viabilidade de oferecer intervenções farmacológicas e psicossociais nos serviços de atenção à saúde não especializados. Desde sua publicação em 2010, o MI-mhGAP tem sido amplamente usado por vários interessados

diretos, entre os quais figuram ministérios da Saúde, instituições acadêmicas, ONGs e outras fundações filantrópicas, além de pesquisadores, para ampliar os serviços de saúde mental. O MI-mhGAP versão 1.0 está sendo usado em mais de 90 países em todas as regiões da OMS e os materiais do mhGAP foram traduzidos para mais de 20 idiomas, inclusive os seis idiomas oficiais das Nações Unidas.

Cinco anos depois do lançamento do guia, as diretrizes do mhGAP foram atualizadas com base na literatura científica emergente e, em 2015, foi publicada uma versão revisada dessas diretrizes. Agora temos o prazer de apresentar o MI-mhGAP versão 2.0, que incorpora não só essas atualizações, mas também a grande quantidade de comentários recebidos a partir das experiências de campo para melhorar a clareza e facilitar a utilização do guia.

Esperamos que este guia continue a ser uma ferramenta técnica essencial na atenção às pessoas com transtornos MNS em todo o mundo e nos aproxime da meta de cobertura universal de saúde.

Shekhar Saxena

Diretor, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias
Organização Mundial da Saúde



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

MI-mhGAP 2.0 » Agradecimentos

Visão e concepção

Shekhar Saxena, Diretor, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, OMS.

Coordenação do projeto e edição

Tarun Dua, Nicolas Clark, Neerja Chowdhary, Alexandra Fleischmann, Fahmy Hanna, Chiara Servili, Mark van Ommeren.

Contribuição

A equipe técnica da sede da OMS, dos escritórios regionais da OMS e das representações em diversos países e muitos especialistas internacionais forneceram material valioso, ajuda e orientação. Essas contribuições foram vitais para a atualização das diretrizes do mhGAP e para a elaboração da versão 2.0 do MI-mhGAP.

Sede da OMS

Valentina Baltag, John Beard, Alexander Butchart, Dan Chisholm, Nathalie Drew, Jane Ferguson, Berit Kieselbach, Nicola Magrini, Chris Mikton, Eyerusalem Kebede Negussie, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, David Ross, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Wilson Were.

Escritórios regionais e nacionais da OMS

Nazneen Anwar, Escritório Regional para o Sudeste Asiático; Florença Baingana, Escritório da OMS em Serra Leoa; Andrea Bruni, Escritório Regional para as Américas; Anderson Chimusoro, Escritório da OMS no Zimbábue; Manuel de Lara, Escritório da OMS na Turquia; Bahtygul Karriyeva, Escritório da OMS no

Turcomenistão; R. Kesavan, Escritório da OMS na Libéria; Devora Kestel, Escritório Regional para as Américas; Lars Foddgard Moller, Escritório Regional para a Europa; Maristela Goldnadel Monteiro, Escritório Regional para as Américas; Matthijs Muijen, Escritório Regional para a Europa; Julius Muron, Escritório da OMS na Libéria; Sebastiana Da Gama Nkomo, Escritório Regional para a África; Jorge Jacinto Rodriguez, Escritório Regional para as Américas; Khalid Saeed, Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental; Caroline Saye, Escritório da OMS na Libéria; Yutaro Setoya, Escritório da OMS em Fiji; Xiao Sobel, Escritório Regional para o Pacífico Ocidental; Saydah Taylor, Escritório da OMS na Libéria; Salma Tlili, Escritório da OMS na Guiné; Xiangdong Wang, Escritório Regional para o Pacífico Ocidental; Eyad Yanes, Escritório da OMS na Síria.

Principais especialistas internacionais

Lindsey America-Simms, Kenneth Carswell, Elizabeth Centeno-Tablante, Melissa Harper, Sutapa Howlader, Kavitha Kolappa, Laura Pacione, Archana A. Patel, Allie Sharma, Marieke van Regteren Altena.

Apoio administrativo

Adeline Loo, Cecilia Ophelia Riano.

Estagiários

Farnoosh Ali, Lakshmi Chandrasekaran, Paul Christiansen, Anais Collin, Aislinne Freeman, Anna Fruehauf, Ali Haidar, Huw Jarvis, Steven Ma, Emma Mew, Elise Paul, Charlotte Phillips, Pooja Pradeeb, Matthew Schreiber.

Revisores técnicos

Os especialistas internacionais a seguir forneceram informações e teceram comentários para a elaboração das diretrizes mhGAP atualizadas e da versão 2.0 do MI-mhGAP.

Albert Akpalu, Universidade de Ciências da Saúde, Universidade de Gana e Sociedade de Epilepsia de Gana, Gana; Sophia Achab*, Centro Colaborador da OMS, Universidade de Genebra/Hospitais Universitários de Genebra (HUG), Genebra, Suíça; Emiliano Albanese*, Centro Colaborador da OMS, Universidade de Genebra/HUG, Genebra, Suíça; Robert Ali*, Serviços de Drogas e Álcool do Sul da Austrália (DASSA), Centro Colaborador da OMS para o Tratamento de Problemas Relacionados com o Uso de Drogas e Álcool, Universidade de Adelaide, Austrália; Fredrick Altice, Faculdade de Medicina e Escola de Saúde Pública da Universidade de Yale, New Haven, EUA; José Ayuso-Mateos, Universidade Autônoma de Madri e CIBER, Espanha; Corrado Barbui *, Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Capacitação em Saúde Mental e na Avaliação do Serviço, Universidade de Verona, Itália; Gretchen Birbeck, Universidade Estadual de Michigan, Michigan, EUA; Anja Busse, Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes, Viena, Áustria; Vladimir Carli*, Centro Nacional para Pesquisa sobre Suicídio e Prevenção da Problemas de Saúde Mental (NASP), Instituto Karolinska, Estocolmo, Suécia; Sudipto Chatterjee*, Fundo Parivartan e Sangath, Índia; Dixon Chibanda, Universidade do Zimbábue, Projeto do Banco de Amizade, Harare, Zimbábue; Janice Cooper, Centro Carter, Libéria; Wilhelmus (Pim) Cuijpers*, Universidade Vrije, Amsterdã, Países Baixos; Gauri Divan, Sangath, Goa, Índia; Christopher Dowrick*, Instituto de Psicologia, Saúde e Sociedade, Universidade de Liverpool, Liverpool, Reino Unido; Joshua Duncan, Projeto Reconstruir Melhor, CBM, Serra Leoa; Julian Eaton*, CBM

Internacional, Togo, e Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, Reino Unido; Rabih El Chammy, Ministério da Saúde, Beirute, Líbano; Peter Hughes, Real Colégio de Psiquiatras, Londres, Reino Unido; Asma Humayun*, Serviços de Saúde Mediterra, Islamabad, Paquistão; Gabriel Ivbijaro*, Centro Médico Wood Street, Londres, Reino Unido; Nathalie Jette*, Instituto Hotchkiss do Cérebro e Instituto O'Brien de Saúde Pública, Universidade de Calgary, Canadá; Lynne Jones, Serviço Nacional de Saúde, Reino Unido; Marc Laporta, Departamento de Psiquiatria, McGill Montreal, Centro Colaborador da OPAS/OMS para Pesquisa e Instituto Universitário Douglas de Saúde Mental, Montreal, Canadá; Anita Marini, ONG Cittadinanza, Rimini, Itália; Farrah Mateen, Hospital Geral de Massachusetts, Escola de Medicina de Harvard, EUA; Zhao Min, Centro de Tratamento de Abuso de Drogas de Xangai*, Escola de Medicina da Universidade Jiaotong de Xangai, Xangai, China; Charles Newton*, Instituto de Pesquisa Médica do Quênia, Kilifi, Quênia; Olayinka Omigbodun*, Centro para a Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (CCAMH), Hospital Universitário, Ibadan, Nigéria; Akwasi Osei*, Ministério da Saúde, Accra, Gana; Amrita Parekh, Dasra, Mumbai, Índia; Alfredo Pemjean*, Departamento de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Santiago, Chile; Hemamali Perera, Faculdade de Medicina, Universidade de Colombo, Sri Lanka; Michael Phillips, Centro de Pesquisa e Prevenção do Suicídio e Centro de Consultoria de Métodos de Pesquisa, Centro de Saúde Mental de Xangai, Escola de Medicina da Universidade Jiaotong de Xangai e Centro Colaborador da OMS para Pesquisa e Treinamento em Prevenção do Suicídio, Hospital Huilongguan de Pequim, Pequim, China; Martin Prince*, Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociências, King's College, Londres, Reino Unido; Atif Rahman*, Instituto de Psicologia, Saúde Sociedade, Universidade de Liverpool, Liverpool, Reino Unido; Richard Rawson*, Programas Integrados sobre o Abuso de Substâncias da Universidade da Califórnia em Los Angeles, Califórnia, EUA; Tahilia Rebello, Universidade de Colúmbia, EUA; Rajesh Sagar, Instituto Pan-indiano de Ciências Médicas, Nova Délhi, Índia; Ley Sander, Instituto de Neurologia

UCL, Londres, Reino Unido; Alison Schafer, Visão Mundial, Nairóbi, Quênia; Kunukattil S. Shaji, Escola Pública de Medicina, Thrissur, Índia; Pratap Sharan*, Instituto Pan-indiano de Ciências Médicas, Nova Délhi, Índia; Vandad Sharifi Senejani, Universidade de Ciências Médicas de Teerã, Teerã, República Islâmica do Irã; Kolou Simliwa Dassa*, Ministério da Saúde, Lome, Togo; Leslie Snider, organização Peace in Practice, Amsterdã, Países Baixos; Chhit Sophal, Ministério da Saúde, Camboja; Jessica Maria-Violanda Spagnolo, Escola de Saúde Pública, Universidade de Montreal, Montreal, Canadá; Emmanuel Streel, Consultor Público em Saúde Mental e Uso de Substâncias, Bélgica; Scott Stroup, Colégio de Médicos e Cirurgiões da Universidade de Colúmbia, Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York, Nova York, EUA; Athula Sumathipala, Universidade de Keele, Reino Unido; Kiran Thakur, J Hospital Johns Hopkins, Baltimore, EUA; Rangaswamy Thara, Fundação de Pesquisa sobre Esquizofrenia, Índia; Graham Thornicroft*, Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociências, King's College, Londres, Reino Unido; Mark Tomlinson, Universidade de Stellenbosch, África do Sul; Nyan Tun, Hospital Geral de Yangon, Mianmar; Carmen Valle, CBM, Freetown, Serra Leoa; Pieter Ventevogel, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, Genebra, Suíça; Inka Weissbecker*, Corpo Médico Internacional, Washington, EUA; Mohammad Taghi Yasamy, Genebra, Suíça; Lakshmi Vijayakumar*, SNEHA, Centro de Prevenção de Suicídio, Chennai, Índia; Abe Wassie, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Addis Abeba e Hospital Amanuel, Etiópia.

* Membros do Grupo de Atualização de Diretrizes do mhGAP

Os revisores a seguir também contribuíram para os testes-piloto, os comentários ou as discussões de grupos focais:

Helal Uddin Ahmed, Bangladesh; Suzan Akwii Otto, Uganda; Robinah Alambuya, Uganda; Latifa Saleh Al Harbi, Arábia Saudita;

Alaa Iddin Al Masri, Jordânia; Laila Alnawaz, Turquia; Ebtisam Al Rowdhan, Arábia Saudita; Roseline Aposu, Nigéria; Manar Awwad, Jordânia; Raúl Ayala, México; Namsenmoh Aymar, República Centro-Africana; Madhur Basnet, Nepal; Gertrude Bayona, Uganda; Rose Beaugrand, Serra Leoa; Tadu Bezu, Etiópia; Gaurav Bhattarai, Nepal; Jihane Bou Sleiman, Líbano; Brian Byekwaso, Uganda; Jules Claude Casumba, Sudão Meridional; Alice Clement, Nigéria; Gretel Acevedo de Pinzon, Panamá; Barkon Dwah, Libéria; Mufumba Emmanuel, Uganda; Olivia Gabula, Uganda; Kamal Gautam, Nepal; Renee Gerritzen, Nepal; Shree Ram Ghimire, Nepal; Sudip Ghimre, Nepal; Ijeh Ter Godwin, Nigéria; Kebeh Selma Gorpudolo, Libéria; Teen K. Grace, Nigéria; Georgina Grundy-Campbell, Reino Unido e Turquia; Esubalew Haile, Sudão Meridional; Tayseer Hassoon, Síria; Mahmoud Hegazy, Turquia; Zeinab Hijazi, Líbano; Fred Kangawo, Uganda; Sylvester Katontoka, Zâmbia; Fred Kiyuba, Uganda; Humphrey Kofie, Gana; Moussa Kolie, Guiné; Samer Laila, Turquia; Richard Luvaluka, Uganda; Paul Lwevola, Uganda; Scovia Makoma, Uganda; João Marçal-Grilo, Reino Unido; Soo Cecilia Mbaidoo, Nigéria; Colette McInerney, Laos; Saeed Nadia, Reino Unido; Ruth Nakachwa, Uganda; Juliet Namuganza, Uganda; Emily Namulondo, Uganda; Margaret Namusobya, Uganda; Amada N. Ndorbor, Libéria; Sheila Ndyanabangi, Uganda; Joel Ngbede, Nigéria; Fred Nkotami, Uganda; Zacharia Nongo, Nigéria; Emeka Nwefoh, Nigéria; Philip Ode, Nigéria; Mary Ogezi, Nigéria; Martha Okpoto, Nigéria; Sagun Ballav Pant, Nepal; Monica Peverga, Nigéria; Mapa H. Puloka, Reino de Tonga; Muhannad Ramadan, Jordânia; Nick Rose, Reino Unido; Brigid Ryan, Austrália; Joseph s. Quoi, Libéria; Nidhal Saadoon, Turquia; Latifa Saleh, Reino da Arábia Saudita; Dawda Samba, Gâmbia; Nseizere Mitala Shem, Uganda; Michel Soufia, Líbano; Shadrach J. Suborzu II, Libéria; Wafika Tafran, Síria; Angie Tarr Nyankoon, Libéria; Lilas Taqi, Turquia; Yanibo Terhemen C., Nigéria; Nongo Terseer, Nigéria; Samnieng Thammavong, Laos; Manivone Thikeyo, Laos; Joshua Tusaba, Uganda; Chanthala Vinthasai, Laos; Anna Walder, Serra Leoa; Abdulwas Yusufi, Etiópia.

Os especialistas a seguir contribuíram com a revisão das diretrizes do mhGAP atualizadas como revisores externos:

Atalay Alem, Universidade de Addis Abeba, Etiópia; Laura Amato, Grupo de Revisão de Drogas e Álcool da Colaboração Cochrane, Itália; Satinder Aneja, Escola de Medicina Lady Hardinge, Índia; Pierre Bastin, Clínica Beaulieu, Suíça; Gayle Bell, Instituto de Neurologia, Colégio Universitário de Londres, Reino Unido; Donna Bergen, Centro Médico da Universidade Rush, Illinois, EUA; José Bertolote, Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil; Irene Bighelli, Universidade de Verona, Itália; Stephanie Burrows, Centro Hospitalar da Universidade de Montréal, Canadá; Erico Castro-Costa, FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), Brasil; Tony Charman, Instituto de Psicologia, Psiquiatria e Neurociência, King's College, Reino Unido; Marek Chawarski, Faculdade de Medicina de Yale, EUA; Vera da Ros, Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos, Brasil; Carlos Felipe D'Oliveira, Associação Brasileira da Estudos e Prevenção do Suicídio, Brasil; Kieren Egan, Centro Colaborador da OMS para Saúde Mental, HUG, Suíça; Eric Emerson, Centro de Pesquisa e Políticas sobre de Incapacidade, Universidade de Sydney, Austrália; Saeed Farooq, Departamento de Psiquiatria, Hospital Lady Reading, Paquistão; Melissa Gladstone, Universidade de Liverpool, Reino Unido; Charlotte Hanlon, Universidade de Addis Abeba, Etiópia; Angelina Kakooza, Universidade de Makerere, Uganda; Rajesh Kalaria, Universidade de Newcastle, Reino Unido; Eirini Karyotaki, Universidade de Vrije, Países Baixos; Mark Keezer, Colégio Universitário de Londres, Reino Unido; Nicole Lee, Centro Turning Point, Austrália; Valentina

Lemmi, Escola de Economia de Londres, Reino Unido; Harriet MacMillan, Universidade McMaster, Canadá; Carlos Martinez, Ministério da Saúde, Argentina; Daniel Maggin, Universidade de Illinois, EUA; Silvia Minozzi, Grupo de Revisão de Drogas e Álcool da Colaboração Cochrane, Itália; Zuzana Mitrova, Grupo de Revisão de Drogas e Álcool da Colaboração Cochrane, Itália; James Mugisha, Associação Nacional para Prevenção do Suicídio, Uganda; Adesola Ogunniy, Hospital do Colégio Universitário, Nigéria; Denis Padruchny, Centro de Informação e Capacitação em Psiquiatria e Narcologia, Bielorrússia; Amrita Parekh, Fundação de Saúde Pública da Índia; Khara Sauro, Universidade de Calgary, Canadá; Shoba Raja, organização Basic Needs, Índia; Brian Reichow, Centro de Estudo de Crianças, Faculdade de Medicina de Yale, EUA; Maria Luisa Scattoni, Instituto Superior de Saúde, Itália; Suvasini Sharma, Escola de Medicina Lady Hardinge e Hospital Infantil Kalawati Saran associado, Índia; Pratibha Singhi, Instituto de Educação Médica de Pós-graduação e Pesquisa, Índia; Lorenzo Tarsitani, Policlínica Umberto Sapienza da Universidade de Roma, Itália; Wietse Tol, Fundação Peter Alderman, Uganda; Sarah Skeen, Universidade de Stellenbosch, África do Sul; Manjari Tripathi, Instituto Pan-indiano de Ciências Médicas, Nova Délhi, Índia; Ambros Uchtenhagen, Universidade de Zurique, Suíça; Chris Underhill, organização Basic Needs, Reino Unido; Anna Williams, Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociências, King's College, Reino Unido.

Equipe de produção

Projeto gráfico e layout: Erica Lefstad
 Coordenação de impressão: Pascale Broisin, Frédérique Claudie Rodin, OMS, Genebra.

Apoio financeiro

As seguintes organizações contribuíram financeiramente para a elaboração e produção do Guia de Intervenção:

Autism Speaks, EUA; CBM; Fountain House Inc.; Governo do Japão; Governo da República da Coreia; Governo da Suíça; Instituto Nacional de Saúde Mental, EUA; Syngenta.

INTRODUÇÃO

Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP) – Antecedentes

De acordo com o Atlas de Saúde Mental da OMS de 2014, mais de 45% da população mundial vivem em países onde há menos de um psiquiatra para cada 100.000 pessoas e ainda menos neurologistas. Está claro que a dependência exclusiva de especialistas para prestar serviços às pessoas afetadas por transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias (MNS) impediria o acesso de milhões de pessoas aos serviços de que necessitam. Mesmo quando disponíveis, as intervenções muitas vezes não são baseadas em evidências nem têm alta qualidade. Portanto, criou-se o Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP) com o objetivo de expandir a atenção aos transtornos MNS.

A abordagem do mhGAP consta de intervenções para a prevenção e o manejo de condições MNS prioritárias, identificadas com base em evidências sobre sua efetividade e a viabilidade de expandir essas intervenções em países de baixa e média renda. As condições prioritárias foram identificadas com base nos critérios de que representavam uma carga elevada (em termos de mortalidade, morbidade e incapacidade), acarretavam alto custo econômico ou estavam associadas a violações de direitos humanos. Essas condições prioritárias incluem depressão, psicoses, autoagressão e suicídio, epilepsia, demência, transtornos por uso de álcool e outras drogas e transtornos mentais e comportamentais em crianças e adolescentes. O Manual de Intervenção mhGAP (MI-mhGAP) é um recurso para facilitar a aplicação das diretrizes do mhGAP baseadas em evidências nos serviços de atenção à saúde não especializados.

A adoção da versão 1.0 do MI-mhGAP pelos Estados Membros da OMS e outros interessados diretos foi notável e mostra claramente a necessidade dessa ferramenta. A versão 1.0 do MI-mhGAP foi usada em âmbito nacional pelos diversos métodos a seguir: na

maioria das vezes, como ferramenta estratégica no processo de ampliação gradativa dos serviços de saúde mental em âmbitos regional, nacional e subnacional; como ferramenta de capacitação para uma grande variedade de profissionais de saúde e para profissionais; e como guia de referência para desenvolver e atualizar currículos universitários e de pós-graduação para profissionais de saúde.

Elaboração do Manual de Intervenção mhGAP – Versão 2.0

As diretrizes atualizadas do mhGAP e os comentários e avaliações de usuários da versão 1.0 do MI-mhGAP orientaram a revisão e a elaboração dessa versão atualizada do MI-mhGAP. Em 2015, foi elaborada e publicada uma atualização completa das diretrizes do mhGAP segundo a metodologia da OMS para a formulação de diretrizes, que inclui o processo de análise de evidências, a síntese e formulação de recomendações pela participação de um grupo de especialistas internacionais e instituições com experiência apropriada: profissionais de saúde, pesquisadores, gestores de programa, formuladores de políticas e usuários dos serviços. Os métodos detalhados e as recomendações atualizadas podem ser encontrados no Centro de Recursos do mhGAP: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/es/ (em espanhol).

Enviaram comentários especialistas de todas as regiões da OMS que usaram o pacote do MI-mhGAP nos últimos três anos para capacitar profissionais de saúde não especializados e prestar serviços na área de transtornos MNS em vários locais de implementação do programa. Depois, uma versão preliminar do MI-mhGAP 2.0, baseada em informações de especialistas e de campo, circulou entre um amplo grupo de revisores em todo o mundo, o que permitiu receber uma diversidade de opiniões nesse processo intensivo de revisão. O processo incorporou comentários de vários usuários finais, inclusive profissionais de saúde não especialistas e pessoas com transtornos MNS de todas as regiões

da OMS. O *feedback* dos usuários finais foi obtido por meio de questionário e a OMS coordenou discussões de grupos focais locais facilitadas. As respostas dos revisores recebidas durante todo esse processo foram incorporadas ao MI-mhGAP 2.0.

Além disso, vários usuários do MI-mhGAP destacaram as limitações de dispor somente de um documento impresso e sugeriram que versões do MI-mhGAP eletrônicas e interativas na internet (e-) ou móveis (m-) poderiam ser vantajosas em termos de maior facilidade de uso, maior funcionalidade e economia. Desse modo, o MI-mhGAP 2.0 foi concebido e configurado com a intenção de operar nesses múltiplos domínios: papel, eletrônico e móvel; em breve será lançado o e-MI-mhGAP, que está em fase de desenvolvimento.

Com a incorporação desse extenso *feedback*, das diretrizes atualizadas do mhGAP em 2015 e das novas oportunidades proporcionadas por uma versão eletrônica, as principais atualizações do MI-mhGAP 2.0 são:

- » Atualização do conteúdo de diversas seções com base em novas evidências, *feedback* e recomendações dos usuários do mhGAP.
- » Uso de um modelo vertical de algoritmo, que possibilita uma avaliação clínica racionalizada e simplificada.
- » Inclusão de novo algoritmo para seguimento em todos os módulos.
- » Inclusão de dois novos módulos: “Práticas e cuidados essenciais” (que é uma atualização do capítulo de Princípios Gerais de Atenção da versão 1.0) e o módulo “Implementação”.
- » Revisão dos módulos sobre Psicoses (com integração de psicose e transtorno bipolar), Transtornos mentais e comportamentais em crianças e adolescentes (que abrange transtornos de desenvolvimento, comportamentais e emocionais) e Transtornos por uso de substâncias (que inclui transtornos por uso de álcool e transtornos por uso de drogas).

Uso do MI-mhGAP versão 2.0

O MI-mhGAP é um modelo de guia e é essencial que seja adaptado à situação nacional ou local específica. Os usuários podem selecionar um subconjunto das condições prioritárias ou intervenções para adaptar e implementar, segundo as diferenças contextuais de prevalência e disponibilidade de recursos. A adaptação é necessária para assegurar a cobertura das condições que mais contribuem para a carga de doença em determinado país e também a adequação do MI-mhGAP 2.0 para as condições locais que afetam o tratamento de pessoas com transtornos MNS nos estabelecimentos de saúde. O processo de adaptação deve ser usado como uma oportunidade para alcançar o consenso sobre questões técnicas relativas às doenças, o que demanda a participação dos principais interessados diretos nacionais. A adaptação incluirá a tradução para o idioma correspondente e o cuidado para que as intervenções sejam aceitáveis no contexto sociocultural e apropriadas para o sistema de saúde local. O grupo de usuários ao qual se destina o MI-mhGAP é formado por profissionais de saúde não especializados que atuam em estabelecimentos de atenção primária e secundária. Entre eles estão médicos da atenção primária, enfermeiros e outros membros da força de trabalho na saúde. Embora o MI-mhGAP 2.0 deva ser implementado principalmente por não especialistas, os especialistas em saúde mental também podem considerá-lo útil em seu trabalho. Além disso, os especialistas têm uma função essencial e substancial em termos de capacitação, apoio e supervisão, e o MI-mhGAP 2.0 indica quando é necessário entrar em contato com especialistas para consulta ou referência a fim de melhorar a utilização dos escassos recursos. Os especialistas também seriam beneficiados pela capacitação nos aspectos de saúde pública do programa e na organização do serviço. A implementação ideal do MI-mhGAP requer a ação coordenada de gestores e técnicos em saúde pública, além de uma equipe dedicada de especialistas com formação em saúde pública. Portanto, a melhor maneira de capacitação para o uso do MI-mhGAP é como parte de uma abordagem sistêmica, com participação de uma equipe de planejamento, gestão e formulação

de políticas em saúde, para que as intervenções propostas contem com a infraestrutura e os recursos necessários, como a disponibilidade de medicamentos essenciais. É preciso incorporar também a capacitação contínua para uso do MI-mhGAP, com implantação de mecanismos para assegurar apoio adequado, supervisão e cursos de atualização para os profissionais de saúde.

Como usar o MI-mhGAP versão 2.0

O MI-mhGAP é um modelo de guia e é essencial que seja adaptado à situação nacional ou local específica. Os usuários podem selecionar um subconjunto das condições ou intervenções prioritárias para adaptar e implementar, dependendo da situação.

- » O MI-mhGAP 2.0 começa com o módulo “Práticas e cuidados essenciais”, um conjunto de boas práticas clínicas e diretrizes gerais para a interação de profissionais de saúde com as pessoas que buscam atenção à saúde mental. Todos os usuários do MI-mhGAP devem se familiarizar com esses princípios e segui-los na medida do possível.
- » O MI-mhGAP contém um “Mapa geral”, que contém informações sobre o quadro clínico comum das condições prioritárias e conduz o profissional aos módulos pertinentes. As condições mais graves devem ser tratadas primeiro. O Mapa geral do MI-mhGAP 2.0 contém um novo tópico – Quadros emergenciais de condições MNS prioritárias. Essa seção foi acrescentada para ajudar a identificar situações de emergência e conduzir às diretrizes de manejo.
- » Os módulos, organizados por condição prioritária, são ferramentas para a decisão e o manejo clínico. Cada módulo é identificado por uma cor diferente para facilitar a diferenciação. No início de cada módulo, há uma introdução que explica as condições abrangidas e um panorama rápido que descreve as principais etapas da avaliação e do manejo.
- » Cada módulo consta de três seções:

 **Avaliação**

 **Manejo**

 **Seguimento**

 **A seção Avaliação** é apresentada com o auxílio de fluxogramas e múltiplos pontos de avaliação clínica. Cada módulo começa com o quadro clínico comum da condição suspeita; em seguida, há uma série de perguntas de avaliação clínica, às quais se deve responder sim ou não, que conduzem o usuário a outras instruções até concluir a avaliação clínica. É importante que os usuários do MI-mhGAP comecem na parte superior da avaliação e passem por todos os pontos de decisão para fazer uma avaliação clínica integral e desenvolver um plano de manejo.

 **A seção Manejo** apresenta detalhes sobre as intervenções, com informações sobre o manejo das condições específicas avaliadas. Isso inclui intervenções psicossociais e farmacológicas mais técnicas, quando apropriado.

 **A seção Seguimento** explica detalhadamente como se deve continuar a relação clínica e como deve ser o manejo do seguimento.

- » O MI-mhGAP 2.0 usa uma série de símbolos para destacar certos aspectos dos módulos. Há uma lista dos símbolos e sua explicação na próxima página. Em todos os módulos, os pontos importantes também são destacados como dicas clínicas estratégicas.
- » Incluiu-se também um módulo sobre Implementação do MI-mhGAP, que contém um resumo das etapas para implementar o MI-mhGAP.
- » Ao final do guia, há um glossário de termos usados no MI-mhGAP 2.0.

Elementos visuais e símbolos



Avaliação



Manejo



Seguimento



Encaminhe ao hospital



Medicamentos



Intervenção psicossocial



Consulte um especialista



Crianças e adolescentes



Mulheres em idade fértil,
grávidas ou lactantes



Adultos



Idosos



ATENÇÃO



Não



Mais informações

PRÁTICAS E CUIDADOS ESSENCIAIS

Este módulo enuncia os princípios de cuidado essencial a todas as pessoas que buscam atenção à saúde, inclusive aquelas com condições MNS, e seus cuidadores. A primeira seção do módulo aborda os princípios gerais da atenção clínica e visa promover o respeito à privacidade das pessoas que buscam atendimento para condições MNS, propiciar o bom relacionamento entre profissionais de saúde, usuários do serviço e seus cuidadores, bem como assegurar que a atenção seja moralmente neutra, não estigmatizante e solidária. A segunda seção abrange os elementos essenciais da prática clínica de saúde mental e tem como objetivo apresentar aos profissionais de saúde um panorama da avaliação e do manejo de condições MNS em serviços não especializados.

A. PRINCÍPIOS GERAIS

- Uso de habilidades de comunicação efetiva.
- Promoção de respeito e dignidade.

B. ELEMENTOS ESSENCIAIS DA PRÁTICA CLÍNICA DE SAÚDE MENTAL

- Avaliação da saúde física.
- Avaliação para identificar condições MNS.
- Manejo de condições MNS.

A. PRINCÍPIOS GERAIS

I. Uso de habilidades de comunicação

O uso de habilidades de comunicação efetiva permite que os profissionais de saúde ofereçam atenção de qualidade a adultos, adolescentes e crianças com condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias (MNS). Considere as seguintes habilidades essenciais e dicas de comunicação:

1ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Crie um ambiente que facilite a comunicação aberta

- » Reúna-se com a pessoa em um local reservado, se possível.
- » Seja acolhedor e se apresente de maneira culturalmente apropriada.
- » Mantenha contato visual e lance mão de linguagem corporal e expressões faciais que promovam a confiança.
- » Explique que as informações discutidas durante a consulta são sigilosas e não serão compartilhadas sem autorização prévia.
- » Se houver algum cuidador presente, sugira uma conversa em particular com a pessoa (exceto no caso de crianças pequenas) e solicite seu consentimento para compartilhar informações clínicas.
- » Ao entrevistar uma mulher jovem, considere fazê-lo na presença de outra mulher da equipe ou do cuidador.

2ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Envolva a pessoa

- » Inclua a pessoa (e, com seu consentimento, cuidadores e parentes) em todos os aspectos da avaliação e do manejo sempre que possível. Isso abrange crianças, adolescentes e idosos.

3ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Comece escutando

- » Escute ativamente. Seja compreensivo e sensível.
- » Permita que a pessoa fale sem interrupção.
- » Se a história não for clara, seja paciente e peça esclarecimentos.
- » No caso de crianças, use uma linguagem que elas compreendam. Por exemplo, pergunte sobre seus interesses (brinquedos, amigos, escola, etc.).
- » No caso de adolescentes, indique que você compreende seus sentimentos e a situação.

4ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Seja sempre amistoso, respeitoso e moralmente neutro

- » Seja sempre respeitoso.
- » Não julgue as pessoas com base no comportamento e na aparência.
- » Permaneça tranquilo e seja paciente.

5ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Use boas habilidades de comunicação verbal

- » Use linguagem simples. Seja claro e conciso.
- » Faça perguntas abertas, resumindo e esclarecendo as afirmações.
- » Resuma e repita os pontos essenciais.
- » Permita que a pessoa faça perguntas sobre as informações dadas.

6ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Responda com sensibilidade quando as pessoas contarem experiências difíceis (p. ex., agressão sexual, violência ou autoagressão)

- » Demonstre maior sensibilidade diante de temas difíceis.
- » Lembre à pessoa que tudo que disser a você será mantido em sigilo.
- » Reconheça que pode ter sido difícil para a pessoa revelar a informação.

II. Promoção de respeito e dignidade

As pessoas com condições MNS devem ser tratadas com respeito e dignidade, de maneira culturalmente apropriada. Como profissional de saúde, faça tudo que estiver a seu alcance para respeitar e promover a vontade e a preferência das pessoas com condições MNS e para apoiar e conseguir a participação delas e de seus cuidadores da maneira mais inclusiva. Com frequência, as pessoas com condições MNS são mais vulneráveis à violação dos direitos humanos. Portanto, é essencial que, no serviço de saúde, os profissionais promovam seus direitos de acordo com as normas internacionais de direitos humanos, inclusive a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD, na sigla em inglês) das Nações Unidas.*

* Para obter mais informações sobre a CRPD, consulte: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

SIM

- » Trate com respeito e dignidade as pessoas com condições MNS.
- » Proteja o sigilo das pessoas com condições MNS.
- » Assegure a privacidade no serviço clínico.
- » Sempre propicie acesso a informações e explique os riscos e benefícios do tratamento proposto, por escrito se possível.
- » Obtenha o consentimento da pessoa para o tratamento.
- » Promova a autonomia e a vida independente na comunidade.
- » Dê às pessoas com condições MNS acesso a opções para tomar decisões fundamentadas.

NÃO

- » Não discrimine as pessoas com condições MNS.
- » Não ignore as prioridades ou os desejos das pessoas com condições MNS.
- » Não tome decisões pela pessoa com condições MNS, em nome dela ou no lugar dela.
- » Não use linguagem excessivamente técnica ao explicar o tratamento proposto.

B. ELEMENTOS ESSENCIAIS DA PRÁTICA CLÍNICA DE SAÚDE MENTAL

I. Avaliação da saúde física

As pessoas com transtornos MNS correm maior risco de morte prematura por doenças preveníveis; portanto, sempre devem ser submetidas à avaliação da saúde física como parte de uma avaliação integral. É preciso fazer uma anamnese apropriada, que inclua tanto a história da saúde física quanto de condições MNS, seguida de avaliação da saúde física para identificar condições concomitantes e orientar a pessoa sobre medidas preventivas. Essas ações sempre devem ser realizadas com o consentimento livre e esclarecido da pessoa.

Avaliação da saúde física

» **Faça uma anamnese detalhada e pergunte sobre fatores de risco.**

Sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, uso nocivo de álcool ou outras substâncias, comportamentos de risco e doenças crônicas.

» **Faça um exame físico.**

» **Considere um diagnóstico diferencial.**

Descarte as condições físicas e causas subjacentes de manifestações MNS por anamnese, exame físico e exames laboratoriais básicos, quando necessários e disponíveis.

» **Identifique as comorbidades.**

Com frequência, uma pessoa pode ter mais de uma condição MNS ao mesmo tempo. A avaliação e o manejo são importantes quando isso ocorre.

DICA CLÍNICA:

As pessoas com transtornos mentais graves são 2 a 3 vezes mais propensas a morrer de doenças evitáveis como infecções e distúrbios cardiovasculares. Concentre-se em reduzir o risco por meio de educação e monitoramento.



Manejo da saúde física

- » Trate as comorbidades existentes simultaneamente com o transtorno MNS. Encaminhe a especialistas ou solicite um parecer, caso necessário.
- » Oriente a pessoa sobre fatores de risco modificáveis para evitar doenças e incentive um estilo de vida saudável.
- » Para promover a saúde física das pessoas com condições MNS, os profissionais de saúde devem:
 - Explicar a importância da atividade física e da alimentação saudável.
 - Orientar as pessoas sobre o uso prejudicial de álcool.
 - Incentivar o abandono do tabagismo e do uso de substâncias.
 - Orientar sobre outros comportamentos de risco (p. ex., sexo sem proteção).
 - Realizar avaliações da saúde física e vacinações periodicamente.
 - Preparar as pessoas para as mudanças de vida associadas ao desenvolvimento, como a puberdade e a menopausa, e providenciar o apoio necessário.
 - Discutir planos de gravidez e métodos contraceptivos com as mulheres em idade reprodutiva.

II. Avaliação para identificar condições MNS

A avaliação para identificar condições MNS inclui as etapas apresentadas adiante. Primeiro, explora-se a queixa inicial; depois, deve-se seguir com a anamnese, inclusive com perguntas sobre problemas MNS no passado, problemas de saúde gerais, história familiar de condições MNS e história psicossocial. Observe a pessoa (Exame do estado mental), estabeleça um diagnóstico diferencial e identifique a condição MNS. Como parte da avaliação, faça um exame físico e solicite exames laboratoriais básicos de acordo com as necessidades. A avaliação é realizada com o consentimento livre e esclarecido da pessoa.



ANAMNESE

Queixa inicial

- » Sintoma ou razão principal que levou a pessoa a buscar atendimento.
- » Pergunte quando, por que e como começou.
- » Nesse estágio, é importante reunir a maior quantidade possível de informações sobre os sintomas da pessoa e sua situação.

História pregressa de condições MNS

- » Pergunte sobre problemas semelhantes no passado, eventuais internações psiquiátricas ou medicamentos prescritos para condições MNS, bem como sobre eventuais tentativas de suicídio.
- » Explore o tabagismo e o uso de álcool e substâncias.

História clínica geral

- » Pergunte sobre os problemas de saúde física e os medicamentos usados.
- » Faça uma lista dos medicamentos atuais.
- » Pergunte sobre alergias a medicamentos.

4

História familiar de condições MNS

- » Explore possível história familiar de condições MNS e pergunte se alguém teve sintomas semelhantes ou recebeu tratamento para uma condição MNS.

5

História psicossocial

- » Pergunte sobre fatores de estresse atuais, métodos de enfrentamento e apoio social.
- » Pergunte sobre o atual funcionamento sócio-ocupacional (como é o funcionamento da pessoa em casa, no trabalho e nos relacionamentos).
- » Obtenha informações básicas que incluam local de residência, escolaridade, história de trabalho ou emprego, estado civil, número e idade dos filhos, renda, estrutura doméstica e condições de vida.

No caso de crianças e adolescentes, pergunte se têm um cuidador e qual é a natureza e qualidade da relação entre eles.

Suspeite de uma condição MNS prioritária e vá para o(s) módulo(s) pertinente(s) para avaliação



AVALIAÇÃO PARA IDENTIFICAR CONDIÇÕES MNS

Exame físico

- » Faça um exame físico direcionado de acordo com as informações obtidas durante a avaliação MNS.

Exame do estado mental (EEM)*

- » Faça perguntas e observações sobre a aparência e o comportamento, o humor e o afeto, o conteúdo do pensamento, eventuais perturbações da percepção, além da cognição. Veja detalhes no Mapa geral (MG) baseado em sintomas.

Diagnóstico diferencial

- » Considere o diagnóstico diferencial e descarte condições que tenham sintomas iniciais semelhantes.

4

Exames laboratoriais básicos

- » Solicite exames laboratoriais quando houver indicação e for possível, sobretudo para descartar causas físicas.

5

Identifique a condição MNS

- » Identifique a condição MNS com auxílio do(s) módulo(s) apropriado(s).
- » Avalie outros sintomas MNS e condições prioritárias (veja o Mapa geral).
- » Siga o algoritmo de manejo e os protocolos de tratamento apropriados.



DICA CLÍNICA:

Sempre que suspeitar de um transtorno MNS, avalie a possibilidade de autoagressão/suicídio (» SUI)

*O Exame do estado mental adaptado para não especialistas pode incluir: comportamento e aparência = sinais e sintomas relativos à aparência ou às atitudes de uma pessoa; humor e afeto = sinais e sintomas relativos ao controle e à expressão das emoções ou sentimentos; conteúdo do pensamento = sinais e sintomas relativos ao objeto dos pensamentos, inclusive delírios, paranoia, suspeita e ideação suicida; perturbação da percepção = percepções sensitivas que ocorrem na ausência de estímulo apropriado (externo) (p. ex., alucinações auditivas ou visuais). A pessoa pode ou não ter conhecimento da natureza irreal da percepção; cognição = sinais, sintomas e achados clínicos indicativos de transtorno nas capacidades mentais e processos relacionados com a atenção, a memória, o juízo, o raciocínio, a solução de problemas, o processo decisório, a compreensão e a integração dessas funções.

III. Manejo de condições MNS

Depois da avaliação, siga o algoritmo de manejo do transtorno MNS indicado no MI-mhGAP. As principais etapas de manejo são apresentadas no quadro adiante.



ETAPAS DE MANEJO DAS CONDIÇÕES MNS

Muitas condições MNS são crônicas e demandam monitoramento e seguimento em longo prazo. O manejo de um transtorno MNS com o decorrer do tempo inclui as etapas indicadas adiante.

Elabore um plano de tratamento em conjunto com a pessoa e seu cuidador.



DICA CLÍNICA:

O plano escrito de tratamento deve abranger:

- intervenções farmacológicas (se houver);
- intervenções psicossociais;
- referências;
- plano de seguimento;
- manejo de eventuais condições físicas e/ou outras condições MNS concomitantes.

Sempre ofereça **intervenções psicossociais** à pessoa e aos seus cuidadores.

Trate o transtorno MNS com **intervenções farmacológicas** quando houver indicação.

- 4 Encaminhe** a especialistas ou ao hospital quando indicado e disponível.
- 5** Assegure a implantação do plano apropriado de **seguimento**.
- 6** **Trabalhe em conjunto com o cuidador e as famílias** ao apoiar a pessoa com transtorno MNS.
- 7** Promova a criação de **vínculos fortes** com os setores de emprego, educação, serviços sociais (inclusive moradia) e outros pertinentes.
- 8** Modifique os planos de tratamento para **populações especiais**.

1. Planejamento do tratamento

- » Discuta e defina metas de tratamento que respeitem a vontade e as preferências da pessoa.
- » Inclua o cuidador depois de obter o consentimento da pessoa.
- » Incentive o automonitoramento de sintomas e explique quando é necessário buscar atendimento com urgência.

Intervenções psicossociais

A. Psicoeducação

Forneça à pessoa informações sobre a condição MNS, inclusive:

- » Qual é a condição e a expectativa de evolução e resultado.
- » Tratamentos disponíveis para a condição e benefícios esperados.
- » Duração do tratamento.
- » Importância da adesão ao tratamento, inclusive o que a pessoa pode fazer (p. ex., tomar o medicamento ou praticar intervenções psicológicas pertinentes, como exercícios de relaxamento) e o que os cuidadores podem fazer para ajudar a pessoa a aderir ao tratamento.
- » Possíveis efeitos colaterais (a curto e em longo prazo) de qualquer medicamento prescrito que a pessoa e seus cuidadores devem monitorar.
- » Possível participação de assistentes sociais, gestores de casos, agentes comunitários de saúde ou outros membros de confiança da comunidade.
- » Consulte a seção de manejo do módulo pertinente para obter informações específicas sobre o transtorno MNS.

B. Redução do estresse e fortalecimento do apoio social

Aborde os estressores psicossociais atuais:

- » Identifique e discuta questões psicossociais relevantes que estressam a pessoa ou têm impacto em sua vida, inclusive problemas familiares e de relacionamento, questões de emprego, ocupação, sustento, moradia, finanças, acesso a segurança e serviços básicos, estigma, discriminação, etc.
- » Ajude a pessoa a controlar o estresse por discussão de métodos como as técnicas de solução de problemas.
- » Avalie e administre qualquer situação de maus-tratos, abuso (p. ex., violência doméstica) e negligência (p. ex., de crianças ou idosos). Discuta com a pessoa o possível encaminhamento a um órgão de proteção confiável ou a uma rede informal de proteção. Contate recursos legais e comunitários, se apropriado.
- » Identifique os parentes que podem oferecer apoio e inclua-os sempre que possível e apropriado.
- » Fortaleça o apoio social e tente reativar as redes sociais da pessoa.
- » Identifique as atividades sociais prévias que, se reiniciadas, poderiam propiciar apoio psicossocial direto ou indireto (p. ex., reuniões de família, visitas a vizinhos, atividades comunitárias, atividades religiosas, etc.).
- » Ensine métodos de controle do estresse, como as técnicas de relaxamento.

C. Promoção do funcionamento em atividades diárias

- » Ofereça à pessoa apoio para manter atividades sociais, educacionais e ocupacionais regulares sempre que possível.
- » Facilite a inclusão em atividades econômicas.
- » Ofereça treinamento de habilidades de vida e habilidades sociais, se necessário.

D. Tratamento psicológico

Os tratamentos psicológicos são intervenções que geralmente demandam dedicação de tempo considerável e tendem a ser oferecidos por especialistas capacitados. Todavia, podem ser oferecidos efetivamente por trabalhadores não especializados capacitados e supervisionados bem como por meio de autoajuda guiada (p. ex., com uso de programas de saúde mental em meio eletrônico ou livros de autoajuda).

As intervenções relacionadas adiante são descritas resumidamente no glossário.

Exemplo de intervenção	Recomendado para:
Ativação comportamental	DEP
Treinamento do relaxamento	DEP
Tratamento para a solução de problemas	DEP
Terapia cognitivo-comportamental (TCC)	DEP, MCO, SUB, PSI
Terapia de manejo de contingências	SUB
Aconselhamento ou terapia familiar	PSI, SUB
Terapia interpessoal (TIP)	DEP
Terapia de reforço motivacional	SUB
Treinamento de habilidades parentais	MCO

Intervenções farmacológicas

- » Siga as diretrizes sobre psicofarmacologia de cada módulo.
- » Use intervenções farmacológicas quando disponíveis e indicadas no algoritmo e na tabela de manejo apresentados.
- » Ao selecionar os medicamentos essenciais apropriados, considere o perfil de efeitos colaterais do medicamento (a curto e longo prazo), a eficácia do tratamento prévio, as interações medicamentosas ou as interações medicamento-doença.
- » Consulte o Formulário Nacional ou o Formulário da OMS quando necessário.
- » Explique à pessoa os riscos e benefícios do tratamento, os possíveis efeitos colaterais, a duração do tratamento e a importância da adesão.
- » Tenha cuidado ao prescrever medicamentos a grupos especiais como idosos, pessoas com doenças crônicas, mulheres grávidas ou lactantes e crianças ou adolescentes. Consulte um especialista quando necessário.

Encaminhamento a especialista ou hospital se necessário

- » Mantenha-se alerta a situações que possam exigir o encaminhamento a um especialista ou hospital, como ausência de resposta ao tratamento, efeitos colaterais graves de intervenções farmacológicas, comorbidades físicas ou MNS, risco de autoagressão ou suicídio.

5 Seguimento

- » Marque uma consulta de seguimento após a avaliação inicial.
- » Depois de cada consulta, marque outra consulta de seguimento e incentive o comparecimento. Escolha dia e horário mutuamente convenientes.
- » **Marque consultas iniciais de seguimento mais frequentes até que os sintomas comecem a responder ao tratamento.** Depois que os sintomas começarem a melhorar, marque consultas menos frequentes, porém regulares.
- » **Em cada consulta de seguimento, avalie:**
 - Resposta ao tratamento, efeitos colaterais dos medicamentos e adesão a medicamentos e intervenções psicossociais.
 - Estado geral de saúde (monitore a saúde física periodicamente).
 - Autocuidado (p. ex., alimentação, higiene, vestimentas) e funcionamento da pessoa no próprio ambiente.
 - Problemas psicossociais ou mudanças nas condições de vida que possam afetar o manejo.
 - Compreensão e expectativas da pessoa e do cuidador em relação ao tratamento. Corrija eventuais equívocos.
- » **Durante todo o período de seguimento:**
 - Reconheça todo progresso em direção às metas do tratamento e reforce a importância da adesão.
 - Mantenha contato periódico com a pessoa (e seu cuidador, quando apropriado). Caso disponível, designe um agente de saúde comunitário ou outra pessoa de confiança na comunidade (como um parente) para dar apoio à pessoa.
 - Explique que a pessoa pode voltar ao serviço de saúde a qualquer momento entre as consultas de seguimento se necessário (p. ex., por causa de efeitos colaterais dos medicamentos, etc.).

- Tenha um plano de ação para o caso de a pessoa não comparecer às consultas.
- Recorra à família e à comunidade para entrar em contato com pessoas que não voltaram para o seguimento periódico.
- Consulte um especialista se não houver melhora ou se houver agravamento.
- Registre por escrito no prontuário aspectos importantes da relação com a pessoa e a família.

- » **Consulte a seção de manejo do(s) módulo(s) pertinente(s) para obter informações sobre o seguimento de transtornos específicos.**

Participação dos cuidadores

- » Quando apropriado, e com o consentimento da pessoa tratada, inclua o cuidador ou um parente na atenção.
- » Reconheça que pode ser difícil cuidar de pessoas com condições MNS.
- » Explique ao cuidador a importância de respeitar a dignidade e os direitos da pessoa com uma condição MNS.
- » Identifique o impacto psicossocial sobre os cuidadores.
- » Avalie as necessidades do cuidador para assegurar o apoio e os recursos necessários para a vida familiar, o emprego, as atividades sociais e a saúde.
- » Promova a participação em grupos de autoajuda e apoio familiar, quando disponíveis.
- » Com o consentimento da pessoa, mantenha os cuidadores informados sobre seu estado de saúde, inclusive acerca de questões relacionadas com a avaliação, o tratamento, o seguimento e qualquer possível efeito colateral.

Conexão com outros setores

- » Para assegurar a atenção integral, e com base na avaliação inicial, conecte a pessoa a setores de emprego, educação, serviços sociais (inclusive moradia) e a outros setores pertinentes.

8 Populações especiais

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- » Investigue uma possível exposição a fatores adversos, como violência e negligência, que podem afetar a saúde mental e o bem-estar.
- » Avalie as necessidades dos cuidadores.
- » Trate os adolescentes que possam vir sozinhos, mesmo que não estejam acompanhados pelos pais ou responsáveis. Obtenha o consentimento livre e esclarecido do adolescente.
- » Dê oportunidade para que a criança ou o adolescente expresse suas preocupações em particular.
- » Adapte a linguagem ao nível de compreensão da criança ou do adolescente.
- » Explore os recursos disponíveis na família, na escola e na comunidade.

MULHERES GRÁVIDAS OU LACTANTES

- » Se a mulher estiver em idade fértil, pergunte sobre:
 - amamentação;
 - possível gravidez;
 - data da última menstruação, se grávida.
- » Estabeleça contato com o especialista em saúde materna para organizar a atenção.
- » Considere a consulta a um especialista em saúde mental, se disponível.
- » Tenha cuidado com intervenções farmacológicas – verifique a toxicidade fetal e a passagem para o leite materno. Consulte um especialista quando necessário.

IDOSOS

- » Aborde estressores psicossociais particularmente pertinentes para a pessoa, respeitando sua necessidade de autonomia.
- » Identifique e trate os problemas de saúde física concomitantes e administre déficits sensitivos (como baixa visão ou deficiência) com dispositivos apropriados (p. ex., lupa, aparelhos auditivos).
- » Use doses menores de medicamentos.
- » Preveja o aumento do risco de interações medicamentosas.
- » Aborde as necessidades dos cuidadores.

MAPA GERAL



Panorama das condições MNS prioritárias

1. *Essas manifestações comuns indicam a necessidade de avaliação.*
2. *Se houver manifestações de mais de uma condição, deve-se avaliar todas as condições pertinentes.*
3. *Todas as condições se aplicam a todas as idades, salvo indicação em contrário.*
4. **!** *No caso de quadros emergenciais, consulte a tabela na página 18*

MANIFESTAÇÕES COMUNS

CONDIÇÃO PRIORITÁRIA

- » Múltiplos sintomas físicos persistentes sem causa definida.
- » Baixa energia, fadiga, problemas de sono.
- » Tristeza ou humor deprimido persistente, ansiedade.
- » Perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são prazerosas.

DEPRESSÃO (DEP)

- » Mudanças de comportamento acentuadas; com negligência das responsabilidades profissionais, escolares, domésticas ou sociais habituais.
- » Agitação, comportamento agressivo, diminuição ou aumento da atividade.
- » Crenças falsas fixas não compartilhadas por outras pessoas da mesma cultura.
- » A pessoa ouve vozes ou vê coisas que não existem.
- » A pessoa não percebe que tem problemas de saúde mental.

PSICOSE (PSI)

- » Movimentos convulsivos ou crises epiléticas.
- » Durante a convulsão: perda ou diminuição da consciência, contração, rigidez, mordedura da língua, traumatismos, incontinência urinária ou fecal.
- » Depois da convulsão: fadiga, sonolência, confusão, comportamento anormal, cefaleia, dor muscular ou fraqueza de um lado do corpo.

EPILEPSIA (EPI)

Criança ou adolescente atendido em razão de queixas físicas ou avaliação geral de saúde que tem:

- » Problema de desenvolvimento, emoções ou comportamento (p. ex., desatenção, hiperatividade ou comportamento desafiante, desobediente e agressivo repetidas vezes).
- » Fatores de risco como desnutrição, abuso e/ou negligência, doenças frequentes, doenças crônicas (p. ex., infecção pelo HIV/Aids ou história de parto difícil).

Cuidador preocupado com a criança ou o adolescente por causa de:

- » Dificuldade para acompanhar os colegas ou realizar atividades diárias consideradas normais para a idade.

- » Comportamento (p. ex., hiperatividade, agressividade, acessos de raiva frequentes ou intensos, desejo excessivo de estar só, recusa a fazer atividades regulares ou ir para a escola).

Professor preocupado com uma criança ou um adolescente que:

- » Por exemplo, se distrai facilmente, é inconveniente em sala de aula, se coloca em problemas com frequência, tem dificuldade para completar o trabalho escolar.

Agente comunitário de saúde ou assistente social preocupado com uma criança ou um adolescente que:

- » Por exemplo, desrespeita as regras ou leis, comete agressões físicas em casa ou na comunidade.

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (MCO)



As manifestações comuns de transtornos emocionais, comportamentais e do desenvolvimento variam segundo a idade em crianças e adolescentes.

- » Declínio ou problemas de memória (esquecimento acentuado) e orientação (consciência relativa ao tempo, ao lugar e à pessoa).
- » Problemas do humor ou comportamento, como apatia (aparente desinteresse) ou irritabilidade.
- » Perda de controle emocional (se aborrece com facilidade, irritável ou choroso).
- » Dificuldade para realizar as atividades profissionais, domésticas ou sociais habituais.

DEMÊNCIA (DEM)



- » Aparentemente afetado por álcool ou outra substância (p. ex., odor de álcool, fala arrastada, sedação, comportamento errático).
- » Sinais e sintomas de efeitos comportamentais agudos, manifestações de abstinência ou efeitos de uso prolongado.
- » Deterioração do funcionamento social (ou seja, dificuldades no trabalho ou em casa, aparência desleixada).
- » Sinais de hepatopatia crônica (anormalidade das enzimas hepáticas), pele e olhos ictericos (amarelados), borda hepática palpável e dolorosa à palpação hepática (na hepatopatia inicial), ascite (abdome distendido por líquido), nevos aracniformes (vasos sanguíneos semelhantes a aranhas visíveis na superfície da pele) e alteração do estado mental (encefalopatia hepática).
- » Problemas relacionados com o equilíbrio, a marcha e os movimentos coordenados, além de nistagmo.
- » Achados incidentais: anemia macrocítica, baixa contagem de plaquetas, volume corpuscular médio (VCM) aumentado.
- » Quadro emergencial decorrente de abstinência de substância, overdose ou intoxicação. A pessoa pode parecer sedada, superestimulada, agitada, ansiosa ou confusa.
- » As pessoas com transtornos por uso de substâncias podem não relatar problemas de uso de substâncias. Investigue:
 - solicitações recorrentes de medicamentos psicoativos, inclusive analgésicos;
 - lesões;
 - infecções associadas ao uso de medicamentos intravenosos (infecção pelo HIV/Aids, hepatite C).

TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS (SUB)

Todas as pessoas que procuram os estabelecimentos de saúde devem ser questionadas sobre tabagismo e uso de álcool.

- » Desesperança e desespero extremos.
- » Pensamentos, planos ou atos de autoagressão ou suicídio atuais ou no passado.
- » Quaisquer uma das outras condições prioritárias, dor crônica ou sofrimento emocional extremo.

AUTOAGRESSÃO/SUICÍDIO (SUI)

! Quadros **EMERGENCIAIS** das condições MNS prioritárias

QUADRO EMERGENCIAL	CONDIÇÃO A CONSIDERAR	VÁ PARA
<ul style="list-style-type: none"> » Ato de autoagressão com sinais de envenenamento ou intoxicação, sangramento por ferida autoinfligida, perda de consciência ou letargia extrema. » Pensamentos, planos ou atos de autoagressão ou suicídio atuais ou antecedentes de pensamentos, planos, ou atos de autoagressão ou suicídio em uma pessoa que agora está extremamente agitada, violenta ou angustiada ou que não se comunica. 	<p>ATO DE AUTOAGRESSÃO CLINICAMENTE GRAVE</p> <p>RISCO IMINENTE DE AUTOAGRESSÃO/SUICÍDIO</p>	SUI
<ul style="list-style-type: none"> » Convulsão aguda com perda ou declínio da consciência. » Convulsões contínuas. 	<p>EPILEPSIA</p> <p>ESTADO DE MAL EPILÉPTICO</p> <p>ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL OU OUTRO SEDATIVO</p>	EPI, SUB
<ul style="list-style-type: none"> » Comportamento agitado ou agressivo. 		DEM, PSI, SUB
<ul style="list-style-type: none"> » Hálito alcoólico, fala arrastada, comportamento desinibido; perturbação do nível de consciência, cognição, percepção, afeto ou comportamento. » Tremor das mãos, sudorese, vômitos, aumento da frequência de pulso e da pressão arterial, agitação, cefaleia, náuseas, ansiedade; convulsões e confusão em casos graves. » Ausência de resposta ou resposta mínima, baixa frequência respiratória, pupilas puntiformes. » Dilatação da pupila, excitação, pensamentos acelerados, desorganização do pensamento, comportamento estranho, uso recente de cocaína ou outros estimulantes, aumento do pulso e da pressão arterial, comportamento agressivo, errático ou violento. 	<p>INTOXICAÇÃO AGUDA POR ÁLCOOL</p> <p>ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL</p> <p>DELIRIUM POR ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL</p> <p>OVERDOSE DE SEDATIVO OU INTOXICAÇÃO</p> <p>INTOXICAÇÃO AGUDA POR ESTIMULANTE OU OVERDOSE</p>	SUB

DEPRESSÃO

As pessoas com depressão apresentam diversos sintomas, inclusive a depressão persistente do humor ou a perda de interesse e prazer durante pelo menos duas semanas.

As pessoas com depressão, conforme descrição neste módulo, têm considerável dificuldade com o funcionamento diário nas áreas pessoal, familiar, social, educacional e ocupacional ou em outras áreas.

Muitas pessoas com depressão também apresentam sintomas de ansiedade e sintomas somáticos clinicamente inexplicados.

A depressão geralmente ocorre associada a outras condições MNS, assim como a condições físicas.

O manejo de sintomas que não atendem plenamente os critérios para depressão é abordado no módulo Outras queixas significativas em saúde mental. Vá para OUT.

DEP » Panorama rápido



AVALIAÇÃO

- » **A pessoa tem depressão?**
- » **Há outras explicações para os sintomas?**
 - Descarte condições físicas.
 - Descarte história de mania.
 - Descarte reações normais a uma grande perda recente.
- » **Avalie se há outras condições MNS prioritárias.**



MANEJO

- » **Protocolos de manejo:**
 1. Depressão.
 2. Episódio depressivo em transtorno bipolar.
 3. Populações especiais.
- » **Intervenções psicossociais.**
- » **Intervenções farmacológicas.**

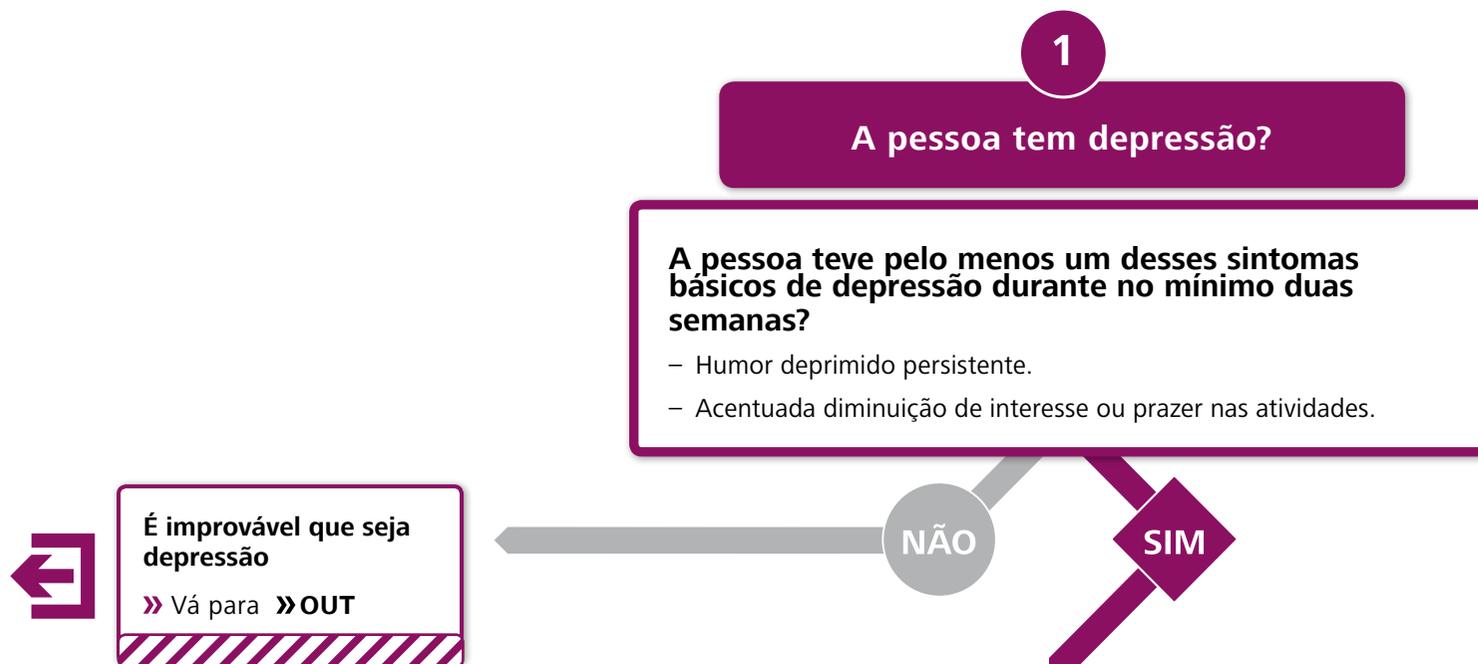


SEGUIMENTO

DEP 1 » Avaliação

MANIFESTAÇÕES COMUNS DE DEPRESSÃO

- *Múltiplos sintomas físicos persistentes sem causa evidente.*
- *Baixa energia, fadiga, problemas do sono.*
- *Tristeza ou depressão do humor persistente, ansiedade.*
- *Perda de interesse ou prazer em atividades normalmente prazerosas.*



A pessoa apresentou vários destes outros sintomas durante no mínimo duas semanas?

- Perturbação do sono ou dormir em excesso.
- Alteração significativa do apetite ou peso (diminuição ou aumento).
- Crenças de inutilidade ou culpa excessiva.
- Fadiga ou perda de energia.
- Concentração reduzida.
- Indecisão.
- Agitação observável ou inquietação física.
- Maior lentidão que o habitual ao falar ou se movimentar.
- Desesperança.
- Pensamentos ou atos suicidas.

NÃO

SIM

É improvável que seja depressão

» Vá para »OUT

A pessoa tem dificuldade considerável no funcionamento diário nas áreas pessoal, familiar, social, educacional e ocupacional ou em outras áreas?

NÃO

SIM

É improvável que seja depressão

» Vá para »OUT

Considere o diagnóstico de **DEPRESSÃO**



DICA CLÍNICA:

Uma pessoa com depressão pode ter sintomas psicóticos como delírios ou alucinações. Nesse caso, é preciso adaptar o tratamento da depressão. **CONSULTE UM ESPECIALISTA.**

2

Há outras explicações possíveis para os sintomas?

É UMA CONDIÇÃO FÍSICA QUE PODE SE ASSEMBELHAR À DEPRESSÃO OU EXACERBÁ-LA?
Há sinais e sintomas sugestivos de anemia, 'desnutrição', hipotireoidismo, alterações do humor por uso de substâncias e efeitos colaterais de medicamentos (p. ex., alterações do humor por esteroides)?

» TRATE A CONDIÇÃO FÍSICA

NÃO

SIM

Os sintomas depressivos persistem após o tratamento?

NÃO

SIM

Não é necessário tratamento.

HÁ HISTÓRIA DE MANIA?

Houve ocorrência simultânea de vários destes sintomas, com duração mínima de 1 semana e intensidade suficiente para interferir significativamente com as atividades ocupacionais e sociais ou exigir hospitalização ou isolamento?

- Elevação do humor ou irritabilidade.
- Diminuição da necessidade de sono.
- Aumento da atividade, sensação de aumento da energia, aumento da loquacidade ou fala rápida.
- Comportamentos impulsivos ou imprudentes, como gastos excessivos, tomada de decisões importantes sem planejamento e indiscrições sexuais.
- Perda de inibições sociais normais, com comportamentos impróprios.
- Fácil distração.
- Autoestima irrealisticamente inflada.

NÃO

SIM

Provável EPISÓDIO
DEPRESSIVO NO
TRANSTORNO
BIPOLAR



DICA CLÍNICA:

As pessoas com episódio depressivo no transtorno bipolar correm risco de apresentar mania. O tratamento é diferente do usado na depressão. É preciso aplicar o protocolo 2.

>> Vá para o PASSO 3 e, depois, para o PROTOCOLO 2

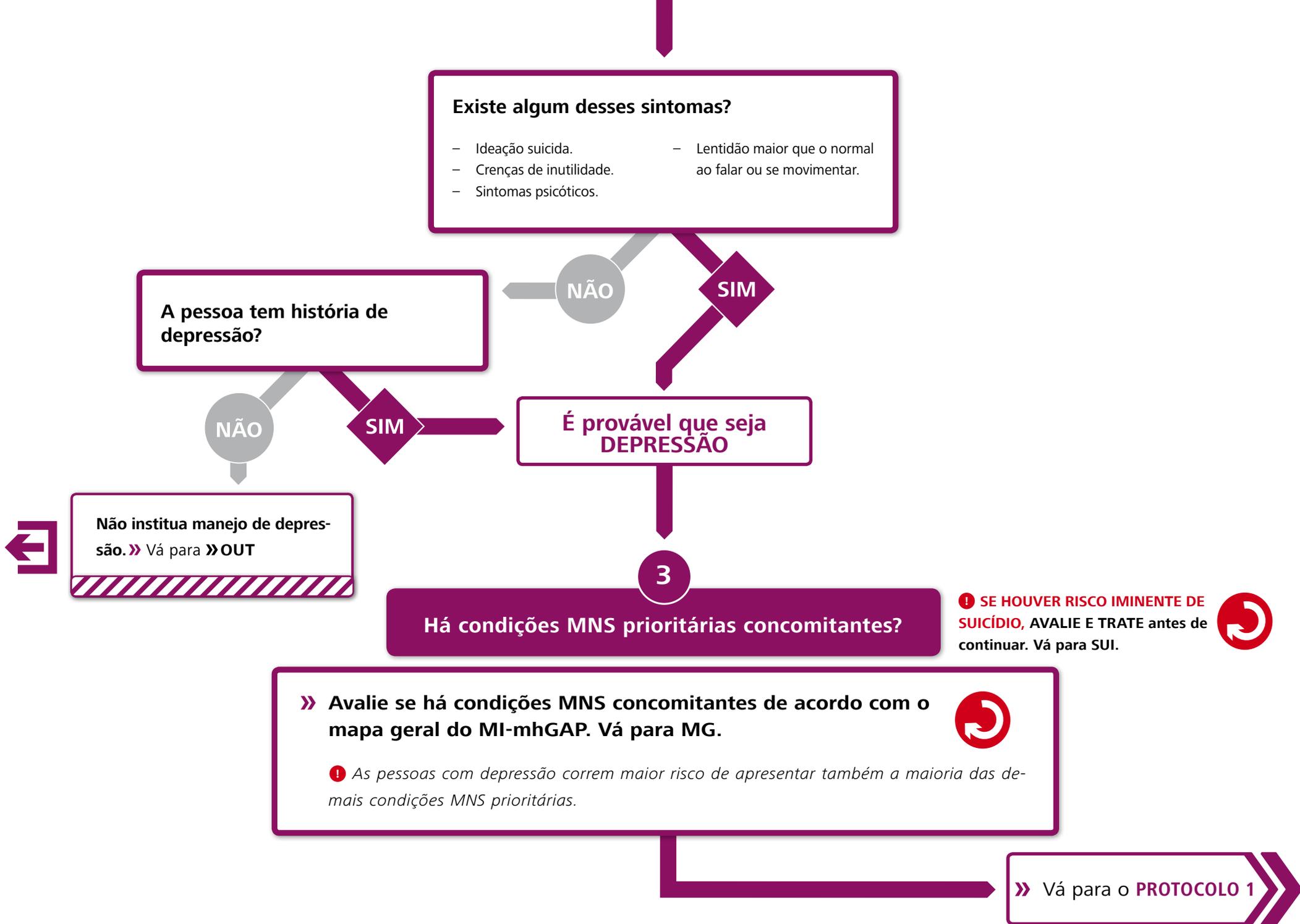
HOUVE UMA GRANDE PERDA
(POR EXEMPLO, LUTO) NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

SIM

NÃO

É PROVÁVEL QUE SEJA
DEPRESSÃO

>> Vá para o PASSO 3 e, depois, para o PROTOCOLO 1



DEP 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

Depressão

- » Providencie psicoeducação para a pessoa e os cuidadores. (2.1) 
- » Reduza o estresse e fortaleça o apoio social. (2.2)
- » Promova o funcionamento nas atividades diárias e na vida comunitária. (2.3)
- » Considere o uso de antidepressivos. (2.5) 
- » Caso disponíveis, considere o encaminhamento a um dos seguintes tratamentos psicológicos breves: terapia interpessoal (TIP), terapia cognitivo-comportamental (TCC), ativação comportamental e aconselhamento para solução de problemas. (2.4)
- »  NÃO use tratamentos inefetivos, p. ex., injeções de vitamina, para controle dos sintomas.
- » Ofereça seguimento periódico. 

PROTOCOLO

2

Depressão no transtorno bipolar

- » Consulte um especialista. 
- » Se não houver um especialista imediatamente disponível, siga o tratamento para depressão (**PROTOCOLO 1**). Entretanto, NUNCA prescreva apenas antidepressivos, sem um estabilizador do humor como lítio, carbamazepina ou valproato, porque os antidepressivos podem acarretar mania em pessoas com transtorno bipolar (Vá para **» PSI**).
- » Se surgirem sintomas de mania, diga à pessoa e aos cuidadores para suspender imediatamente o antidepressivo e voltar para obter ajuda.

Populações especiais

Observe que as intervenções podem ser diferentes para essas populações.



CRIANÇA/ADOLESCENTE

- » Para o manejo da depressão em crianças e adolescentes, vá para **» MCO**.



MULHERES GRÁVIDAS OU LACTANTES

- » Siga o tratamento para depressão (**PROTOCOLO 1**), mas EVITE antidepressivos se possível, sobretudo durante o primeiro trimestre.
- » Se não houver resposta ao tratamento psicológico, considere a possibilidade de usar com cuidado a menor dose efetiva de antidepressivos.
- » Se estiver amamentando, evite medicamentos de ação prolongada como a fluoxetina.
- » CONSULTE um ESPECIALISTA, se disponível. 

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

2.1 Psicoeducação: mensagens essenciais para a pessoa e os cuidadores

- » A depressão é uma condição muito comum que pode acometer qualquer pessoa.
- » A ocorrência de depressão não significa que a pessoa seja fraca ou preguiçosa.
- » O motivo das atitudes negativas de outras pessoas (p. ex., “você deve ser mais forte”, “reaja”) pode ser o fato de que a depressão não é uma condição visível, ao contrário de uma fratura ou ferida. Há também a concepção errônea de que as pessoas com depressão podem controlar facilmente seus sintomas pela simples força de vontade.
- » As pessoas com depressão tendem a ter opiniões irrealisticamente negativas sobre si mesmas, a vida e o futuro. A situação atual pode ser muito difícil, mas a depressão causa pensamentos injustificados de desesperança e inutilidade. Essas ideias tendem a melhorar com a melhora da depressão.
- » Os pensamentos de autoagressão ou suicídio são comuns. Se notarem esses pensamentos, não devem tomar nenhuma medida, mas contar a uma pessoa de confiança e voltar imediatamente para obter ajuda.

2.2 Redução do estresse e fortalecimento do apoio social

- » Avalie e tente reduzir os estressores. (Vá para PCE).
- » Reative a rede de relações sociais prévias da pessoa. Identifique atividades sociais anteriores que, se retomadas, podem oferecer apoio psicossocial direto ou indireto, como reuniões de família, visitas a vizinhos e atividades comunitárias.

2.3 Promoção do funcionamento em atividades diárias e na vida comunitária

- » Ainda que seja difícil, incentive a pessoa a tentar adotar o maior número possível dessas medidas:
 - Procurar retomar (ou continuar) atividades que antes eram prazerosas.
 - Procurar manter horários regulares para dormir e acordar.
 - Procurar se manter o mais fisicamente ativo possível.
 - Procurar comer regularmente apesar das variações do apetite.
 - Procurar passar tempo com amigos de confiança e com a família.
 - Procurar participar de atividades comunitárias e outras atividades sociais o mais possível.
- » Explique à pessoa e ao cuidador que todas essas atividades podem ajudar a melhorar o humor.

2.4 Tratamentos psicológicos breves para a depressão

- » Este guia não contém protocolos específicos para implementar intervenções psicológicas breves. A OMS, entre outras instituições, elaborou manuais que descrevem o uso dessas intervenções na depressão. Um exemplo é o manual Problem Management Plus (http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/, em inglês), que descreve o uso de ativação comportamental, treinamento do relaxamento, tratamento para solução de problemas e fortalecimento do apoio social. O manual Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression descreve o tratamento de grupo da depressão (http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/, em inglês). Além desses, a publicação Thinking Healthy (http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/, em inglês) descreve o uso da terapia cognitivo-comportamental na depressão perinatal.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

2.5 Consideração do uso de antidepressivos

- » Converse com a pessoa e decidam juntos sobre a prescrição de antidepressivos. Explique que:
 - Os antidepressivos não causam dependência.
 - É muito importante tomar o medicamento todos os dias conforme a prescrição.
 - Podem ocorrer alguns efeitos colaterais nos primeiros dias, mas eles costumam desaparecer.
 - Em geral, são necessárias várias semanas até que se note a melhora do humor, do interesse ou da energia.
- » Considere a idade da pessoa, as condições médicas concomitantes e o perfil de efeitos colaterais do medicamento.
- » Comece com apenas um medicamento na dose inicial mínima.
- » Em geral, é preciso manter os medicamentos antidepressivos ao menos por 9 a 12 meses após a resolução dos sintomas.
- » Os medicamentos nunca devem ser interrompidos somente porque houve alguma melhora. Oriente a pessoa sobre o tempo recomendado de uso dos medicamentos.

ATENÇÃO

- » Caso ocorra um episódio de mania, interrompa imediatamente o antidepressivo; é possível que o medicamento desencadeie um episódio de mania no transtorno bipolar não tratado.
- » Não combine o medicamento com outros antidepressivos, pois existe o risco de causar a síndrome serotoninérgica.
- » Os antidepressivos podem aumentar a ideação suicida, sobretudo em adolescentes e adultos jovens.

Antidepressivos em populações especiais

ADOLESCENTES A PARTIR DE 12 ANOS

- » Se os sintomas persistirem ou se agravarem apesar das intervenções psicossociais, considere o uso de fluoxetina [sem nenhum outro inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) ou antidepressivo tricíclico (ATC)].
- » Se for prescrita fluoxetina, peça ao adolescente que volte semanalmente nas 4 primeiras semanas para monitorar pensamentos ou planos de suicídio. 

MULHERES GRÁVIDAS OU LACTANTES

- » Evite antidepressivos, se possível.
- » Considere o uso de antidepressivos na dose efetiva mínima se não houver resposta às intervenções psicossociais.
- » Se a mulher estiver amamentando, evite medicamentos antidepressivos de ação prolongada como a fluoxetina.
- » Consulte um especialista, se disponível. 

IDOSOS

- » Evite a amitriptilina, se possível.

PESSOAS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

- »  NÃO prescreva amitriptilina.

ADULTOS COM PENSAMENTOS OU PLANOS DE SUICÍDIO

- » Os ISRS são a primeira opção. A overdose de um ATC como a amitriptilina pode ameaçar a vida e, portanto, deve ser evitada nesse grupo.
- » Se houver risco iminente de autoagressão ou suicídio (Vá para **» SUI**), entregue um suprimento limitado de antidepressivos (p. ex., a quantidade suficiente para uma semana de cada vez).
- » Peça aos cuidadores que guardem e vigiem os medicamentos e façam um acompanhamento frequente para evitar a overdose de medicamento.

TABELA 1: Antidepressivos

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES/PRECAUÇÕES
<p>AMITRIPTILINA [antidepressivo tricíclico (ATC)]</p>	<p>Comece com 25 mg ao deitar. Aumente de 25-50 mg por semana até alcançar 100-150 mg por dia (máximo de 300 mg). Nota: a dose efetiva mínima em adultos é de 75 mg. Pode ocorrer sedação com doses menores.</p> <p>Idosos/pessoas com doença médica: comece com 25 mg ao deitar até alcançar 50-75 mg por dia (máximo de 100 mg).</p> <p> Crianças/adolescentes: não use.</p>	<p>Comuns: sedação, hipotensão ortostática (risco de queda), visão borrada, dificuldade para urinar, náuseas, aumento de peso, disfunção sexual.</p> <p>Graves: alterações no eletrocardiograma (por exemplo, prolongamento do intervalo QTc), arritmia cardíaca, aumento do risco de convulsão.</p>	<p>Evite em pessoas com doença cardíaca, história de convulsões, hipertireoidismo, retenção urinária ou glaucoma de ângulo fechado e transtorno bipolar (pode desencadear mania em pessoas com transtorno bipolar sem tratamento).</p> <p>A overdose pode causar crises epilépticas, arritmias cardíacas, hipotensão, coma ou morte.</p> <p>Os níveis de amitriptilina podem ser aumentados por antimaláricos, inclusive quinina.</p>
<p>FLUOXETINA [inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS)]</p>	<p>Comece com 10 mg/dia durante uma semana, depois aumente para 20 mg/dia. Se não houver resposta em 6 semanas, aumente para 40 mg (máximo de 80 mg).</p> <p>Idosos/pessoas com doença médica: opção preferida. Comece com 10 mg/dia, depois aumente para 20 mg (máximo de 40 mg).</p> <p> Adolescentes Comece com 10 mg/dia. Aumente para 20 mg/dia se não houver resposta em 6 semanas (máximo de 40 mg).</p>	<p>Comuns: sedação, insônia, cefaleia, tontura, distúrbios gastrointestinais, alterações do apetite e disfunção sexual.</p> <p>Graves: anormalidades hemorrágicas nos usuários de ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios não esteroides, baixos níveis de sódio.</p>	<p>Cuidado em pessoas com histórico de convulsões.</p> <p>Interações medicamentosas: evite a combinação com varfarina (pode aumentar o risco de sangramento). Pode aumentar os níveis de ATCs, antipsicóticos e betabloqueadores.</p> <p>Cuidado ao combinar com tamoxifeno, codeína e tramadol (reduz o efeito desses medicamentos).</p>

DEP 3 » Seguinto

1

AVALIE SE HOUE MELHORA

A pessoa está melhorando?

NÃO

SIM



RECOMENDAÇÕES SOBRE A FREQUÊNCIA DE CONTATO

- » Marque a segunda consulta dentro de 1 semana.
- » A princípio, mantenha contato periódico por telefone, visitas domiciliares, cartas, ou cartões de contato com maior frequência, por exemplo, mensalmente nos 3 primeiros meses.

- » **Se ainda não estiver recebendo tratamento psicológico**, considere a possibilidade desse tratamento.
- » **Se estiver em tratamento psicológico**, avalie a participação da pessoa e sua experiência com o tratamento psicológico atual.
- » **Se ainda não estiver em tratamento com antidepressivos**, considere a prescrição de antidepressivos.
- » **Se estiver em tratamento com antidepressivos**, avalie:
 - **A pessoa toma o medicamento conforme a prescrição?**
Se não, procure saber o motivo e incentive a adesão.
 - **Há efeitos colaterais?**
Em caso afirmativo, avalie e pondere os benefícios do tratamento.
Em caso negativo, aumente a dose (**TABELA 1**). Faça avaliação de seguimento em 1 a 2 semanas. ↻

⚠ CUIDADO COM O AUMENTO DA DOSE. É NECESSÁRIO SEGUIMENTO RIGOROSO DEVIDO AO POSSÍVEL AUMENTO DOS EFEITOS COLATERAIS.

- » Incentive a pessoa a seguir o plano de manejo atual até que permaneça *assintomática durante 9 a 12 meses*.
- » **Marque outra consulta de seguimento em 1 a 2 semanas.** ↻
- » Diminua o contato à medida que os sintomas da pessoa melhorarem, por exemplo, uma vez a cada 3 meses depois dos primeiros 3 meses.

Nota: o seguimento deve continuar até que a pessoa não tenha mais sintomas de depressão.

Há sintomas da mania?

SIM

NÃO

- » Suspenda o medicamento antidepressivo.
- » Trate a mania e consulte um especialista. 
- » **Vá para » PSI.**

2

MONITORE O TRATAMENTO

Em todos os contatos:

- » **Providencie psicoeducação, reduza o estresse e reforce o apoio social, promova o funcionamento nas atividades diárias e na vida comunitária e reveja, se for o caso, o uso de medicamentos antidepressivos e o tratamento psicológico.**
- » **A pessoa tem algum novo sintoma que cause preocupação?** Examine a pessoa para avaliar condições MNS e condições físicas concomitantes.
- » **A pessoa é uma mulher em idade fértil que está planejando uma gravidez? Nesse caso, CONSULTE um ESPECIALISTA.** 

Avalie se há algum RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO (Vá para » SUI).

3

REVISE O TRATAMENTO SE FOR APROPRIADO

A pessoa está assintomática há 9 a 12 meses?

NÃO

SIM

- » Mantenha o medicamento até que a pessoa esteja assintomática há 9 a 12 meses.

- » Analise com a pessoa os riscos e benefícios da interrupção do medicamento.
- » Diminua a dose do medicamento gradualmente, durante um período mínimo de 4 semanas. Monitore a pessoa para detectar uma possível recorrência dos sintomas.

PSICOSES

O módulo sobre psicose abrange o manejo de duas condições graves de saúde mental, a psicose e o transtorno bipolar. As pessoas com psicose ou transtorno bipolar correm alto risco de exposição a estigmas, discriminação e violação do direito a uma vida digna.

A psicose é caracterizada por distorção de pensamentos e percepções, bem como por perturbação de emoções e comportamentos. Pode haver também discurso incoerente ou despropositado. Sintomas como alucinações (ouvir vozes ou ver coisas que não existem); delírios (crenças falsas fixas); anormalidades graves do comportamento (comportamento desorganizado, agitação, excitação, inatividade ou hiperatividade);

perturbações emocionais (apatia acentuada ou desconexão entre emoção descrita e afeto observado, como expressão facial e linguagem corporal) também podem ser observados.

O transtorno bipolar é caracterizado por episódios de perturbação significativa do humor e dos níveis de atividade da pessoa. Em algumas ocasiões, o transtorno consiste em elevação do humor e aumento da energia e da atividade (mania); em outras, há depressão do humor e diminuição da energia e atividade (depressão). Em geral, há recuperação completa entre os episódios. As pessoas que só apresentam episódios de mania também são classificadas como portadoras de transtorno bipolar.

PSI » Panorama rápido



AVALIAÇÃO

» Investigue outras explicações para os sintomas

- INVESTIGUE SE HÁ CONDIÇÕES MÉDICAS
por exemplo, descarte *delirium*, medicamentos e anormalidades metabólicas.
- INVESTIGUE SE EXISTEM OUTRAS CONDIÇÕES MNS PERTINENTES.

» Avalie se há episódio de mania agudo.

» Avalie se a pessoa tem psicose.



MANEJO

» Protocolos de manejo:

1. Transtorno bipolar – episódio maníaco.
2. Psicose.
3. Populações especiais: mulheres grávidas ou lactantes, adolescentes e idosos.

» Intervenções psicossociais.

» Intervenções farmacológicas.

1. Psicose: início de antipsicóticos.
2. Episódio maníaco: início de estabilizador do humor ou antipsicótico; evite antidepressivos.



SEGUIMENTO

PSI 1 » Avaliação

MANIFESTAÇÕES COMUNS DAS PSICOSES

- *Mudanças de comportamento acentuadas, negligência das responsabilidades profissionais, escolares, domésticas ou sociais habituais.*
- *Agitação, comportamento agressivo, atividade diminuída ou aumentada.*
- *Crenças falsas fixas não compartilhadas por outras pessoas da mesma cultura.*
- *Relato de ouvir vozes ou ver coisas que não existem.*
- *Falta de percepção de que tem problemas de saúde mental.*

1

Há alguma outra explicação para os sintomas?

» AVALIE SE HÁ CONDIÇÕES MÉDICAS

A anamnese, o exame clínico ou os resultados laboratoriais detectaram sinais e sintomas indicativos de **delirium** causado por condição física aguda, como infecção, malária cerebral, desidratação, anormalidades metabólicas (como hipoglicemia ou hiponatremia); **ou efeitos colaterais de medicamentos**, por exemplo, causados por algum medicamento antimalárico ou esteroides?

» **Avalie e controle** a condição física aguda, e **encaminhe a serviços de emergência ou ao especialista, de acordo com a necessidade.** 

» Se os sintomas persistirem após o manejo da causa aguda, vá para o **PASSO 2**

SIM

NÃO

» AVALIE SE HÁ DEMÊNCIA, DEPRESSÃO, INTOXICAÇÃO OU ABSTINÊNCIA DE DROGAS OU ÁLCOOL.

SIM

NÃO

- » Considere a consulta a um especialista em saúde mental para o manejo de condições concomitantes. 
- » Trate as condições concomitantes. Vá para os módulos pertinentes.

MANEJO DA AGITAÇÃO AGUDA OU AGRESSÃO

Se a pessoa apresentar agitação aguda ou agressividade aguda.

- » Vá para "Manejo de pessoas com comportamento agitado ou agressivo" (**Tabela 5**) neste módulo antes de continuar.



2

A pessoa está apresentando um episódio de mania agudo?

Houve ocorrência simultânea de vários destes sintomas, com duração mínima de 1 semana e intensidade suficiente para interferir significativamente com as atividades ocupacionais e sociais ou exigir hospitalização ou isolamento?

- Humor elevado ou irritável.
- Diminuição da necessidade de sono.
- Aumento da atividade, sensação de aumento da energia, aumento da loquacidade ou fala rápida.
- Perda de inibições sociais normais, como indiscrição sexual.
- Comportamentos impulsivos ou imprudentes, como gastos excessivos e tomada de decisões importantes sem planejamento.
- Distração fácil.
- Autoestima irrealisticamente inflada.

NÃO

SIM

Suspeite de episódio maníaco do TRANSTORNO BIPOLAR

DICA CLÍNICA: As pessoas com transtorno bipolar podem apresentar somente episódios maníacos ou uma combinação de episódios maníacos e depressivos ao longo da vida.

- » Aprenda a avaliar e controlar o episódio depressivo do transtorno bipolar, vá para » **DEP**.

! SE HOUVER RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO, AVALIE E TRATE antes de continuar. Vá para » **SUI**.



» Vá para o **PROTOCOLO 1**



3

A pessoa tem psicose?

A pessoa tem pelo menos dois dos seguintes sintomas?

- Delírios, crenças falsas fixas não compartilhadas por outros da mesma cultura.
- Alucinações, ouvir vozes ou ver coisas que não existem.
- Desorganização do discurso ou comportamento, por exemplo, discurso incoerente ou impróprio, como murmurar ou rir para si mesmo, aparência estranha, sinais de negligência para consigo mesmo ou aparência descuidada.

» Considere a possibilidade de consultar um especialista para analisar outras possíveis causas de psicose. 

NÃO

SIM

Suspeite de
PSICOSE

» Vá para o **PROTOCOLO 2**

! SE HOUVER RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO, AVALIE E TRATE antes de continuar. Vá para »SUI.



PSI 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

Episódio maníaco em transtorno bipolar

- » Providencie **psicoeducação** para a pessoa e os cuidadores. (2.1) 👤
- » **Intervenção farmacológica.** (2.6) 🏠
- ! **Se o paciente estiver em tratamento com antidepressivos**
 - **INTERROMPA o medicamento** para evitar um maior risco de mania.
 - **Inicie o tratamento** com lítio, valproato, carbamazepina ou antipsicóticos. Considere o uso de um benzodiazepínico em curto prazo (2 a 4 semanas no máximo) para controle do transtorno comportamental ou da agitação.
- » Promova o funcionamento nas atividades diárias. (2.3)
- » Garanta a segurança da pessoa e de outros.
- » Providencie seguimento periódico. 🔄
- » Apoie a reabilitação na comunidade.
- » Reduza o estresse e fortaleça o apoio social. (2.2)

PROTOCOLO

2

Psicose

- » Providencie psicoeducação para a pessoa e os cuidadores. (2.2) 👤
- » Inicie medicamento antipsicótico. (2.5) 🏠
- » Comece com uma dose baixa dentro do intervalo terapêutico e aumente lentamente até a dose efetiva mínima para reduzir o risco de efeitos colaterais.
- » Promova o funcionamento nas atividades diárias. (2.3)
- » Garanta a segurança da pessoa e de outros.
- » Providencie seguimento periódico. 🔄
- » Apoie a reabilitação na comunidade.
- » Reduza o estresse e fortaleça o apoio social. (2.2)

Populações especiais

Observe que as intervenções para PSICOSE podem ser diferentes nessas populações.



MULHERES GRÁVIDAS OU LACTANTES

- » Estabeleça contato com especialistas em saúde materna para organizar a atenção.
- » Considere a consulta a especialista em saúde mental, caso disponível.
- » Explique o risco de consequências adversas para a mãe e o bebê, inclusive complicações obstétricas e recaídas psicóticas, em particular se o medicamento for interrompido.
- » Considere a intervenção farmacológica quando apropriado e disponível.

Intervenções farmacológicas

PSICOSE

- » Em mulheres com psicose que estejam planejando engravidar ou que estejam grávidas ou amamentando, pode-se considerar o haloperidol oral em doses baixas ou a clorpromazina.
- » **NÃO** se devem prescrever anticolinérgicos a mulheres grávidas em razão dos efeitos colaterais extrapiramidais dos medicamentos antipsicóticos, exceto em casos de uso agudo, em curto prazo.
- » Não se devem prescrever habitualmente antipsicóticos de depósito a mulheres com transtornos psicóticos que estejam planejando engravidar ou que estejam grávidas ou amamentando porque há relativamente poucas informações sobre sua segurança nessa população.

EPISÓDIO MANÍACO EM TRANSTORNO BIPOLAR

- » **EVITE O USO DE VALPROATO, LÍTIO e CARBAMAZEPINA** durante a gravidez e a amamentação em razão do risco de anomalias congênitas.
- » Considere o uso de **haloperidol em doses baixas** com cuidado e após consultar um especialista, se for possível.
- » Pondere os riscos e benefícios dos medicamentos nas mulheres em idade reprodutiva.
- » Se uma gestante apresentar mania aguda durante o uso de estabilizadores do humor, considere a substituição por haloperidol em doses baixas.



ADOLESCENTES

- » Considere a consulta com especialista em saúde mental.
- » Em adolescentes com transtorno psicótico ou bipolar, pode-se oferecer a **risperidona** como opção de tratamento, porém somente sob supervisão de um especialista.
- » Se o tratamento com risperidona não for viável, pode-se usar **haloperidol** ou **clorpromazina**, porém somente sob supervisão de um especialista.



IDOSOS

- » Use doses menores de medicamento.
- » Preveja um aumento do risco de interações medicamentosas.

ATENÇÃO

Os antipsicóticos aumentam o risco de eventos cerebrovasculares e morte em idosos com psicose relacionada à demência.

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

2.1 Psicoeducação

Principais mensagens para a pessoa e seus cuidadores:

- » Explique que os sintomas são causados por uma condição de saúde mental, que a psicose e os transtornos bipolares podem ser tratados e que a pessoa pode se recuperar. Esclareça os equívocos comuns sobre psicose e transtorno bipolar.
- »  Não culpe a pessoa ou a família nem os acuse de ser a causa dos sintomas.
- » Explique à pessoa e à família que a pessoa precisa tomar os medicamentos prescritos e voltar periodicamente para seguimento.
- » Explique que o reaparecimento ou a piora dos sintomas são comuns e que é importante reconhecer isso precocemente e procurar o estabelecimento de saúde o mais cedo possível.
- » Planeje uma agenda ocupacional ou escolar regular que **evite a privação do sono e o estresse** tanto da pessoa quanto dos cuidadores. Incentive a pessoa a pedir conselhos ao tomar decisões importantes, sobretudo quando relacionadas a dinheiro ou compromissos importantes.

DICA CLÍNICA:

Crie uma relação de harmonia com a pessoa.

A confiança mútua entre a pessoa e o profissional de saúde é crucial para garantir a adesão ao tratamento e resultados em longo prazo.

- » Recomende que a pessoa **evite o uso de álcool, cânabis ou outros medicamentos de venda livre**, que podem agravar os sintomas psicóticos ou bipolares.
- » Aconselhe-os a manter um estilo de vida saudável, por exemplo, alimentação equilibrada, atividade física, sono regular, boa higiene pessoal e nenhum estressor. O estresse pode agravar os sintomas psicóticos. *Nota: as modificações do estilo de vida devem ser mantidas enquanto for necessário, talvez por tempo indeterminado. Essas modificações devem ser planejadas e desenvolvidas de modo que perdurem.*

2.2 Redução do estresse e fortalecimento do apoio social

- » Coordene os recursos disponíveis nas áreas de saúde e social para atender às necessidades de saúde física, social e mental da família.
- » Identifique atividades sociais prévias da pessoa que, se retomadas, poderiam propiciar apoio psicológico e social direto ou indireto, por exemplo, reuniões familiares, saídas com amigos, visitas a vizinhos, atividades sociais no local de trabalho, esportes e atividades comunitárias. Incentive a pessoa a retomar essas atividades sociais e oriente a família sobre isso.
- » Incentive a pessoa e os cuidadores a melhorar os sistemas de apoio social.



DICA CLÍNICA:

Cuide para que as pessoas com psicose sejam tratadas com respeito e dignidade. Veja mais detalhes no módulo » **PCE**

2.3 Promoção do funcionamento em atividades da vida diária

- » Mantenha, tanto quanto possível, as atividades sociais, educacionais e ocupacionais regulares. É melhor que a pessoa tenha um emprego ou outra ocupação produtiva.
- » Facilite a inclusão nas atividades econômicas, inclusive em emprego com apoio culturalmente apropriado.
- » Ofereça capacitação para habilidades da vida ou habilidades sociais que melhorem as aptidões para a vida independente das pessoas com psicose e transtornos bipolares e de suas famílias ou cuidadores.
- » Facilite, se possível e necessário, a vida independente e a moradia com apoio cultural e contextualmente apropriado na comunidade.

2.4 Orientação geral para os cuidadores

- »  Não tente convencer a pessoa de que suas crenças ou experiências são falsas ou irrealistas. Procure ser neutro e dar apoio, mesmo diante de comportamentos estranhos da pessoa.
- »  Evite fazer críticas ou expressar hostilidade constante ou severa em relação à pessoa com psicose.
- » Dê à pessoa liberdade de movimento. Evite restringi-la, garantindo também sua segurança básica e a de outras pessoas.
- » Em geral, é melhor para a pessoa viver com a família ou membros da comunidade em ambiente acolhedor, fora do contexto hospitalar. Deve-se evitar a hospitalização prolongada.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

! **NO CASO DE POPULAÇÕES ESPECIAIS** (mulheres grávidas ou lactantes, crianças, adolescentes e idosos), veja as recomendações detalhadas.

2.5 Psicose

- » A prescrição de antipsicóticos a pessoas com psicose deve fazer parte da rotina.
- » **Inicie o medicamento antipsicótico imediatamente.** Ver **Tabela 1.**
- » Prescreva um antipsicótico de cada vez.
- » Inicie com a dose mínima e aumente lentamente para reduzir o risco de efeitos colaterais.
- » Experimente o medicamento em dose **tipicamente efetiva durante pelo menos 4 a 6 semanas** antes de considerá-lo inefetivo.
- » Continue a monitorar essa dose, com a maior frequência possível e segundo a necessidade, durante as 4 a 6 primeiras semanas de tratamento. Se não houver melhora, veja **Seguimento e Tabela 4.** 
- » Monitore o peso, a pressão arterial, a glicemia de jejum, o colesterol e o ECG das pessoas em tratamento com antipsicóticos, se possível (ver adiante).

! ATENÇÃO!

- » Efeitos colaterais a observar:
 - **Efeitos colaterais extrapiramidais (ECE):** acatisia, reações distônicas agudas, tremor, rigidez em roda dentada, rigidez muscular e discinesia tardia. Trate com medicamentos anticolinérgicos quando indicados e disponíveis (ver **Tabela 2**).
 - **Alterações metabólicas:** ganho de peso, hipertensão arterial, elevação do nível sanguíneo de glicose e colesterol.
 - **Alterações do ECG (prolongamento do intervalo QT):** monitorar o ECG se possível.
 - **Síndrome neuroléptica maligna (SNM):** transtorno raro e com risco de vida caracterizado por rigidez muscular, temperatura elevada e hipertensão arterial.

2.6 Episódio maníaco em transtorno bipolar

Se o paciente estiver em tratamento com antidepressivos:

- » **SUSPENDA OS ANTIDEPRESSIVOS** para evitar um maior risco de mania.
- » **Inicie tratamento com lítio, valproato, carbamazepina ou antipsicóticos** (ver **Tabela 3**).

Lítio: só considere o uso de lítio como tratamento de primeira linha no transtorno bipolar se houver possibilidade de monitoramento clínico e laboratorial; prescreva somente com supervisão do especialista. Se não houver possibilidade de fazer exames laboratoriais, não se deve administrar lítio e deve-se considerar a prescrição de valproato ou carbamazepina. A irregularidade de uso ou a interrupção súbita do tratamento com lítio aumentam o risco de recaída. Não prescreva lítio quando houver possibilidade de interrupção frequente do abastecimento de lítio. Se possível, solicite provas de função renal e tireoidiana, hemograma completo, ECG e teste de gravidez antes de iniciar o tratamento.

Valproato e carbamazepina: considere a prescrição desses medicamentos se não for possível o monitoramento clínico ou laboratorial do uso de lítio ou se não houver um especialista para supervisionar a prescrição de lítio.

Haloperidol e risperidona: só considere a prescrição de haloperidol e risperidona se não for possível o monitoramento clínico ou laboratorial para iniciar o uso de lítio ou valproato. A risperidona pode ser usada como opção ao haloperidol em indivíduos com mania bipolar se for possível garantir a disponibilidade e o custo não for uma limitação.

! ATENÇÃO

-  No caso de mulheres grávidas ou lactantes, evite a prescrição de valproato, lítio e carbamazepina. Recomenda-se o uso de haloperidol em doses baixas com cuidado e sob a supervisão de um especialista, se possível.
- » Considere o uso de um benzodiazepínico em curto prazo (2 a 4 semanas no máximo) para controle de alterações comportamentais ou agitação:
 - As pessoas com mania que apresentam agitação podem ser beneficiadas pelo uso em curto prazo (2 a 4 semanas no máximo) de um benzodiazepínico como o diazepam.
 - Os benzodiazepínicos devem ser retirados gradualmente assim que houver melhora dos sintomas, pois a pessoa pode desenvolver tolerância.
- » Continue o tratamento de manutenção ao menos durante 2 anos depois do último episódio bipolar. 
 - O lítio ou valproato são opções para o tratamento de manutenção do transtorno bipolar. Se não for possível o tratamento com um desses fármacos, pode-se usar haloperidol, clorpromazina ou carbamazepina. Ofereça tratamento de manutenção em serviços de atenção primária com supervisão de especialistas.

TABELA 1: Medicamentos antipsicóticos

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES/PRECAUÇÕES
HALOPERIDOL	<p>Inicie com 1,5-3 mg/dia.</p> <p>Aumente de acordo com as necessidades (máximo de 20 mg/dia).</p> <p>Via de administração: oral (VO) ou intramuscular (IM).</p>	<p>Comuns: sedação, vertigem, visão borrada, boca seca, retenção urinária, constipação intestinal.</p> <p>Graves: hipotensão ortostática, efeitos colaterais extrapiramidais (ECE), alterações no ECG (prolongamento do intervalo QT), ganho de peso, galactorreia, amenorreia, síndrome neuroléptica maligna (SNM).</p>	<p>Atenção em pacientes com: doenças renais, doenças hepáticas, doenças cardíacas, síndrome do QT longo ou uso de medicamentos que prolongam o intervalo QT. Monitore o ECG se possível.</p>
RISPERIDONA	<p>Inicie com 1 mg/dia.</p> <p>Aumente para 2-6 mg/dia (máximo de 10 mg).</p> <p>Via de administração: VO.</p>	<p>Comuns: sedação, vertigem, taquicardia.</p> <p>Graves: hipotensão ortostática, efeitos metabólicos (níveis elevados de lipídios, resistência à insulina, ganho de peso), ECE, níveis elevados de prolactina, disfunção sexual, SNM.</p>	<p>Atenção em pacientes com: doenças cardíacas.</p> <p>Interações medicamentosas: a carbamazepina pode reduzir os níveis de risperidona, enquanto a fluoxetina pode aumentar esses níveis.</p>
CLORPROMAZINA	<p>Inicie com 25-50 mg/dia.</p> <p>Aumente para 75-300 mg/dia (podem ser necessários até 1.000 mg em casos graves).</p> <p>Via de administração: VO.</p>	<p>Comuns: sedação, vertigem, visão borrada, boca seca, retenção urinária, constipação intestinal, taquicardia.</p> <p>Graves: hipotensão ortostática, síncope, ECE, fotossensibilidade, ganho de peso, galactorreia, amenorreia, disfunção sexual, priapismo, SNM, agranulocitose, icterícia.</p>	<p>Contraindicações: comprometimento da consciência, depressão da medula óssea, feocromocitoma.</p> <p>Atenção em pacientes com: doenças respiratórias, doenças renais, doenças hepáticas, glaucoma, retenção urinária, doenças cardíacas, síndrome do QT longo ou uso de medicamentos que prolongam o intervalo QT. Monitore o ECG se possível.</p> <p>Interações medicamentosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aumenta os efeitos de medicamentos redutores da pressão arterial. – Diminui a pressão arterial se combinada à epinefrina. – Os níveis podem ser aumentados por antimaláricos, inclusive a quinina.
FLUFENAZINA de depósito/ação prolongada	<p>Inicie com 12,5 mg.</p> <p>Use 12,5-50 mg a cada 2-4 semanas.</p> <p>Via de administração: IM na região glútea.</p> <p> Evite o uso nas mulheres grávidas e lactantes.</p> <p> Não use em crianças e adolescentes.</p>	<p>Comuns: sedação, tontura, visão borrada, boca seca, retenção urinária, constipação intestinal, taquicardia.</p> <p>Graves: hipotensão ortostática, síncope, ECE, fotossensibilidade, ganho de peso, galactorreia, amenorreia, disfunção sexual, priapismo, SNM, agranulocitose, icterícia.</p>	<p>Contraindicações: comprometimento da consciência, parkinsonismo.</p> <p>Atenção em pacientes com: doenças cardíacas, doenças renais, doenças hepáticas. Use com cuidado em idosos.</p> <p>Interações medicamentosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aumenta os efeitos de medicamentos redutores da pressão arterial. – Pode reduzir a pressão arterial se associado à epinefrina.

TABELA 2: Medicamentos anticolinérgicos

[para tratamento de efeitos colaterais extrapiramidais (ECE)]  **Evite nas mulheres grávidas ou lactantes, se possível.**

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES/PRECAUÇÕES
BIPERIDENO	Inicie com 1 mg duas vezes ao dia. Aumente para 3-12 mg/dia. Via de administração: VO ou intravenosa (IV).	Comuns: sedação, confusão e perturbações da memória (sobretudo em idosos), taquicardia, boca seca, retenção urinária e constipação intestinal. Raramente, glaucoma de ângulo fechado, miastenia gravis e obstrução gastrointestinal.	Atenção em pacientes com: doenças cardíacas, hepáticas ou renais. Interações medicamentosas: cuidado ao combinar com outros medicamentos anticolinérgicos.
TRIXIFENIDIL	Inicie com 1 mg/dia. Aumente para 4-12 mg/dia fracionados em 3-4 doses (20 mg/dia no máximo). Via de administração: VO.		

TABELA 3: Estabilizadores emocionais

 **Evite nas mulheres grávidas ou lactantes, se possível.**

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES/PRECAUÇÕES
LÍTIO  Use somente se for possível o monitoramento clínico e laboratorial.	Inicie com 300 mg/dia. Aumente gradualmente a cada 7 dias até alcançar o nível sanguíneo desejado (máximo de 600-1.200 mg/dia). Monitore a cada 2-3 meses. Via de administração: VO. Níveis sanguíneos desejados: 0,6-1,0 mEq/litro – No episódio maniaco agudo: 0,8-1,0 mEq/litro – Para tratamento de manutenção: 0,6-0,8 mEq/litro. <i>São necessários 6 meses de uso do medicamento para verificar a efetividade total do tratamento de manutenção.</i>	Comuns: sedação, problemas cognitivos, tremor, comprometimento da coordenação, hipotensão arterial, leucocitose, poliúria, polidipsia, náuseas, diarreia, ganho de peso, queda de cabelo, erupção cutânea. Graves: diabetes insípido, hipotireoidismo, alterações do ECG (arritmia, síndrome do nó sinusal, alterações da onda T).	Contraindicado nos pacientes com: doenças cardíacas ou renais graves. A desidratação pode aumentar os níveis de lítio. Interações medicamentosas: anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), inibidor da enzima conversora de angiotensina (inibidor da ECA), diuréticos tiazídicos, metronidazol e tetraciclina podem aumentar os níveis de lítio. A toxicidade do lítio pode causar convulsões, delirium, coma e morte.
VALPROATO DE SÓDIO	Inicie com 500 mg/dia. Aumente lentamente para 1.000-2.000 mg/dia (no máximo 60 mg/kg/dia). Via de administração: VO.  Opção preferida em pessoas que vivem com infecção pelo HIV/Aids devido às interações medicamentosas.	Comuns: sedação, cefaleia, tremor, ataxia, náuseas, vômitos, diarreia, aumento de peso, queda de cabelo transitória. Graves: deterioração da função hepática, trombocitopenia, leucopenia, sonolência/confusão, insuficiência hepática, pancreatite hemorrágica.	Atenção em pacientes com: diagnóstico ou suspeita de doença hepática subjacente. Monitorar provas de função hepática e plaquetas, se possível. Interações medicamentosas: Os níveis de valproato são diminuídos pela carbamazepina e aumentados pelo ácido acetilsalicílico.
CARBAMAZEPINA	Inicie com 200 mg/dia. Aumente 200 mg/semana até 400-600 mg/dia fracionados em duas doses (máximo de 1.200 mg/dia). Via de administração: VO. Nota: pode ser necessário ajustar a dose depois de 2 semanas devido à indução de seu próprio metabolismo.	Comuns: sedação, confusão, tontura, ataxia, visão dupla, náusea, diarreia, leucopenia benigna. Graves: hepatotoxicidade, atraso da condução cardíaca, baixos níveis de sódio, erupção cutânea intensa.	Contraindicado em pacientes com: história de distúrbios hematológicos e doenças renais, hepáticas ou cardíacas. Interações medicamentosas. – Pode reduzir os efeitos de contraceptivos hormonais, imunodepressores, antiepiléticos, antipsicóticos, metadona e alguns antirretrovirais. – Os níveis podem ser aumentados por alguns antifúngicos e antibióticos.

TABELA 4: Avaliação da adesão ao tratamento, dos efeitos colaterais e da posologia com base na situação e no quadro clínico

SITUAÇÃO CLÍNICA	AÇÃO
Intolerância ao medicamento antipsicótico, ou seja, a pessoa apresenta sintomas extrapiramidais (ECE) ou outros efeitos colaterais graves.	<ul style="list-style-type: none"> » Reduza a dose do medicamento antipsicótico. » Se os efeitos colaterais persistirem, considere a substituição por outro medicamento antipsicótico. » Considere o acréscimo de medicamento anticolinérgico por curto período para tratar os ECE se essas estratégias falharem ou se os sintomas forem intensos (veja Tabela 2).
Adesão ao tratamento insatisfatória.	<ul style="list-style-type: none"> » Discuta com a pessoa e os cuidadores as razões da não adesão ao tratamento. » Forneça informações a respeito da importância do medicamento. » Considere a prescrição de medicamento antipsicótico injetável de depósito/ação prolongada como opção depois de comparar os possíveis efeitos colaterais das preparações orais e de ação prolongada.
Resposta insatisfatória (ou seja, persistência ou agravamento dos sintomas) apesar da adesão ao tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> » Confirme se a pessoa está recebendo uma dose efetiva do medicamento. Se a dose for baixa, aumente gradualmente até a dose efetiva mínima para reduzir o risco de efeitos colaterais. » Pergunte sobre uso de álcool ou substâncias e adote as medidas para reduzi-lo. Vá para SUB. » Pergunte sobre acontecimentos estressantes recentes que possam ter agravado a condição médica e adote as medidas para reduzir o estresse. » Avalie os sintomas para descartar condições físicas ou outras condições MNS prioritárias. Vá para PSI 1, veja PASSO 1 » Considere a risperidona como opção ao haloperidol ou à clorpromazina, se o custo e a disponibilidade não constituírem limitações. » Se não houver resposta a mais de um medicamento antipsicótico administrado em dose adequada e por tempo suficiente, usando somente um medicamento por vez, pode-se considerar a combinação de antipsicóticos, de preferência sob a supervisão de um especialista, com monitoramento clínico rigoroso. » Considere a consulta a um especialista para a prescrição de clozapina nos casos de ausência de resposta a outros medicamentos antipsicóticos administrados em doses adequadas e por tempo suficiente. Só use clozapina sob a supervisão de um especialista e se for possível o monitoramento laboratorial de rotina, pois há risco de agranulocitose potencialmente fatal.

TABELA 5: Manejo de pessoas com **comportamento agitado ou agressivo**

AVALIAÇÃO

- » Tente se comunicar com a pessoa.
- » Avalie as causas:
 - **Verifique a glicemia.** Se estiver baixa, administre glicose.
 - **Verifique os sinais vitais**, inclusive a temperatura e a saturação de oxigênio. Administre oxigênio se necessário.
 - **Descarte delirium e causas médicas**, inclusive a intoxicação.
 - **Descarte o uso de drogas e álcool.** Considere especificamente a intoxicação por estimulante ou a abstinência de álcool ou sedativo. Vá para SUB.
 - **Descarte a agitação decorrente de psicose ou episódio maníaco no transtorno bipolar.** Vá para **Avaliação, » PSI 1.**

COMUNICAÇÃO

- » Segurança em primeiro lugar!
- » Mantenha a calma e incentive o paciente a falar sobre suas preocupações.
- » Use um tom de voz tranquilo e procure abordar as preocupações do paciente, se possível.
- » Escute atentamente. Dedique tempo à pessoa.
- » Nunca ria da pessoa.
- » Não responda agressivamente à provocação do paciente.
- » Tente encontrar a origem do problema e soluções para a pessoa.
- » Inclua a participação dos cuidadores e de outros membros da equipe.
- » Exclua da situação qualquer pessoa que possa desencadear a agressão.
- » Esgotadas todas as possibilidades, se a pessoa ainda apresentar comportamento agressivo, pode ser necessário usar medicamentos (se disponíveis) para evitar lesões.

SEDAÇÃO E USO DE MEDICAMENTOS

- » Recorra à sedação se for necessário para evitar lesões.
- » No caso de agitação decorrente de psicose ou mania, considere o uso de haloperidol 2 mg/hora VO/IM até 5 doses (máximo de 10 mg).

Atenção: doses elevadas de haloperidol podem causar reações distônicas. Use biperideno para tratar reações agudas.

- » Para controlar a agitação decorrente do uso de substâncias, como a abstinência de álcool ou sedativo ou a intoxicação por estimulante, administre diazepam por via oral, em dose de 10-20 mg, e repita de acordo com a necessidade. Vá para SUB.

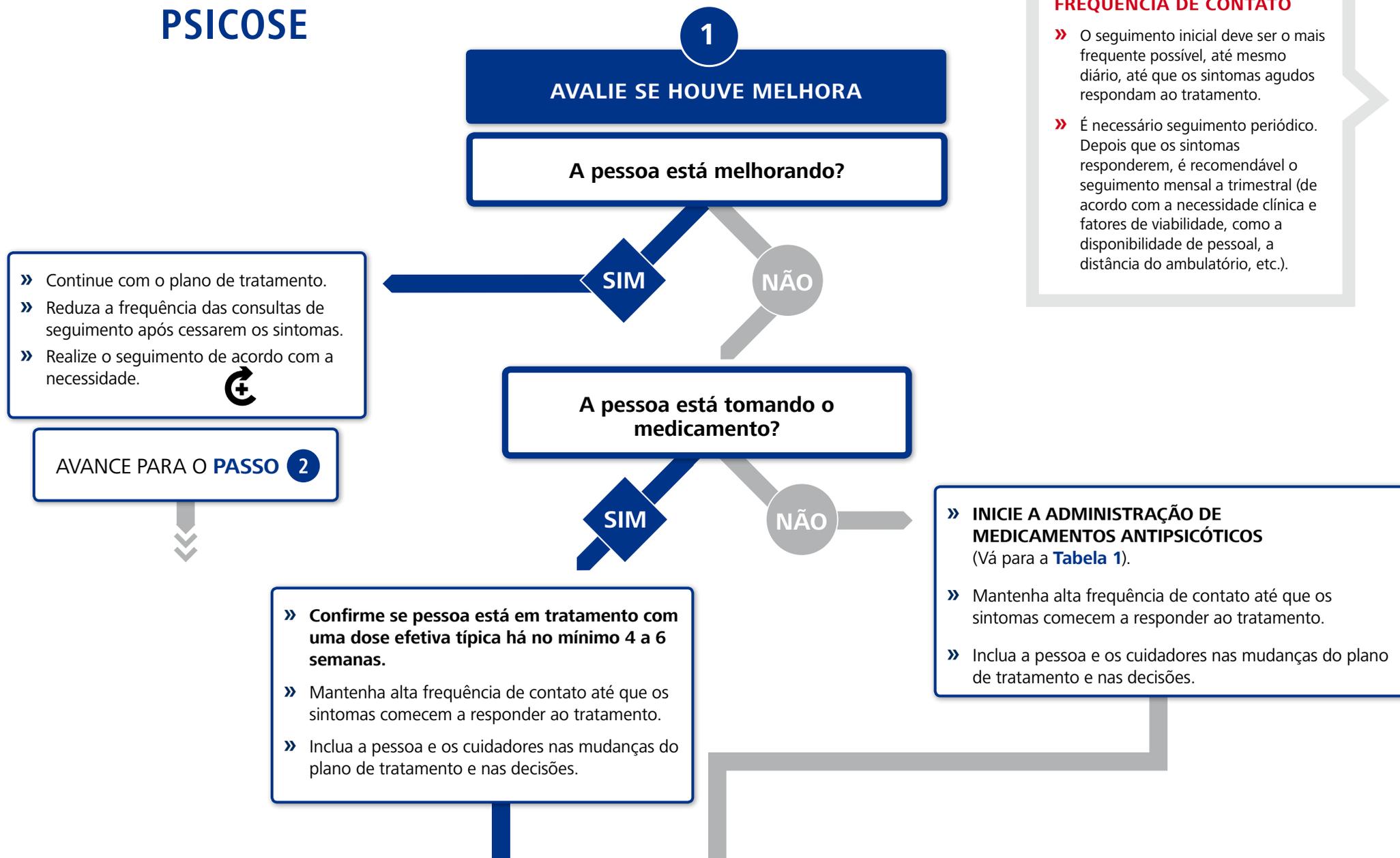
Em casos de violência extrema

- Busque ajuda da polícia ou de funcionários.
- Administre haloperidol, em dose de 5 mg por via IM; repita em 15 a 30 min se necessário (máximo de 15 mg).
- Consulte um especialista. 
- » Se a pessoa continuar agitada, verifique novamente a saturação de oxigênio, os sinais vitais e a glicemia. Considere a possibilidade de dor. Encaminhe ao hospital.
- » Quando a agitação cessar, consulte o mapa geral (MG) e escolha os módulos pertinentes para a avaliação.

Populações especiais:

Consulte um especialista para tratamento.

PSI 3 » Seguimento PSICOSE



2

MONITORE SISTEMATICAMENTE O TRATAMENTO

- » Avalie as intervenções psicossociais.
- » Se estiver em tratamento medicamentoso, avalie **a adesão, os efeitos colaterais e a posologia** (Tabela 4).
- » Verifique o peso, a pressão arterial e a glicemia.
- » Se a pessoa começar a usar algum outro medicamento com possibilidade de interação medicamentosa, considere a reavaliação da dose.
- » Pergunte sobre o início dos sintomas, episódios prévios e detalhes de qualquer tratamento anterior ou atual.

3

SUSPENDA OS MEDICAMENTOS

Pessoa com primeiro episódio, recaída ou piora dos sintomas de psicose:

- » Considere a suspensão dos medicamentos **12 MESES após a resolução dos sintomas.**

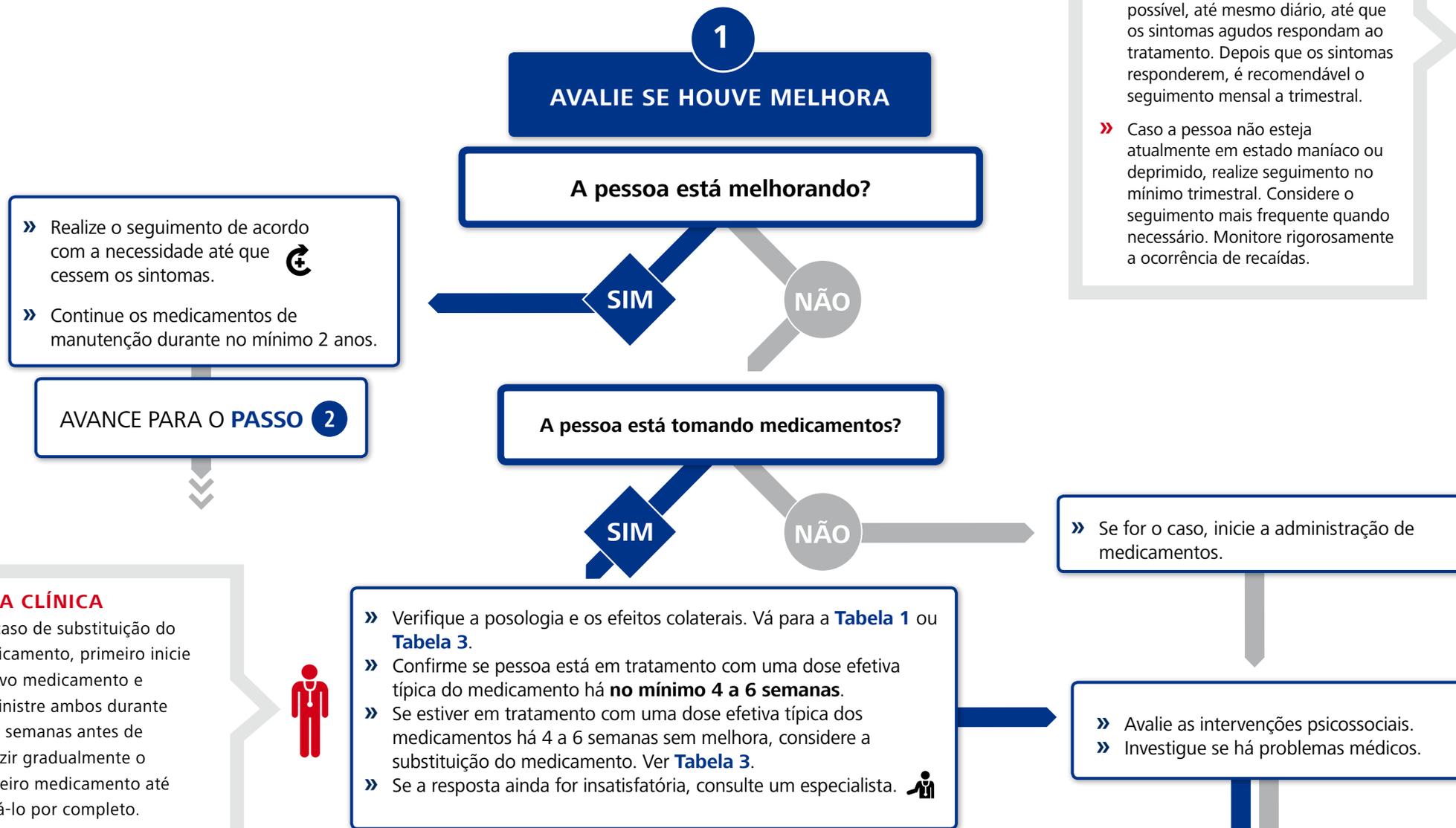
Pessoa com sintomas psicóticos que persistem por mais de 3 meses:

- » Considere a suspensão dos medicamentos **se a pessoa estiver em REMISSÃO COMPLETA de sintomas há vários anos.**

- » Converse com a pessoa e a família sobre os riscos de recaída em comparação com os efeitos colaterais do medicamento em longo prazo.
- » Se possível, consulte um especialista. 
- » Reduza gradual e lentamente a dose do medicamento. Ao interromper o uso dos medicamentos, é preciso ensinar os indivíduos e a família a detectarem os primeiros sintomas de uma recaída.
- » É recomendado o monitoramento clínico rigoroso.

PSI 3 » Seguimento

EPISÓDIO MANÍACO NO TRANSTORNO BIPOLAR



2

MONITORE SISTEMATICAMENTE O TRATAMENTO

- » Avalie e providencie intervenções psicossociais.
- » Se estiver em tratamento medicamentoso, avalie a **adesão, os efeitos colaterais e a posologia**. Veja **Tabela 4**.
- » Se a pessoa começar a usar algum outro medicamento com possibilidade de interação medicamentosa, considere a reavaliação da dose.

3

SUSPENDA OS MEDICAMENTOS

A pessoa apresenta remissão completa dos sintomas sem episódios de transtorno bipolar há no *mínimo dois anos*?

SIM

NÃO

» Considere a suspensão de medicamentos.

- Converse com a pessoa e o cuidador sobre os riscos da interrupção.
- Consulte um especialista acerca da decisão de suspender o tratamento de manutenção após 2 anos. 
- Reduza a dose gradualmente durante semanas ou meses.

- » Realize o seguimento de rotina e monitore o tratamento.

EPILEPSIA

A epilepsia é um distúrbio encefálico não transmissível crônico, caracterizado por crises espontâneas e recorrentes. É um dos transtornos neurológicos mais comuns e, com tratamento adequado, pode ser bem controlado na maioria das pessoas.

A epilepsia tem muitas causas. Pode ser genética e ocorrer em pessoas com história de traumatismo de parto, lesão encefálica (inclusive traumatismo cranioencefálico e acidente vascular cerebral). Em algumas pessoas, não é possível identificar a causa.

As crises epiléticas são causadas por atividade elétrica anormal no cérebro e são de dois tipos: convulsivas e não convulsivas. A epilepsia não convulsiva tem características como a alteração do estado mental, enquanto a epilepsia convulsiva tem características como movimentos anormais súbitos, que incluem rigidez e estremeçamento do corpo. Esta última está associada a maior estigma e a maiores taxas de morbidade e mortalidade. Este módulo só aborda a epilepsia convulsiva.

EPI » Panorama rápido

Quadro clínico agudo de crises epilépticas/convulsões indica a necessidade de tratamento e manejo de emergência.



AVALIAÇÃO

- » **EMERGÊNCIA:**
Avaliação e manejo de convulsões agudas.
- » **Avalie se pessoa tem crises epilépticas convulsivas.**
- » **Verifique se há uma causa aguda (por exemplo, neuroinfecção, traumatismo etc.).**
- » **Avalie se a pessoa tem epilepsia e eventuais causas subjacentes (por anamnese ou exame).**
- » **Investigue se há condições MNS prioritárias concomitantes.**



MANEJO

- » **Protocolo de manejo e populações especiais:**
 1. Epilepsia.
 2. Populações especiais (mulheres em idade reprodutiva, crianças, adolescentes e pessoas que vivem com HIV).
- » **Intervenções psicossociais.**
- » **Intervenções farmacológicas.**



SEGUIMENTO

EPI » EMERGÊNCIA

**A PESSOA APRESENTA CONVULSÕES
OU AUSÊNCIA DE RESPOSTA A
ESTÍMULOS E RIGIDEZ**

DICA CLÍNICA:

Avaliação e o manejo devem ser simultâneos.



1

**Algum sinal de traumatismo
craniano ou cervical?**

NÃO

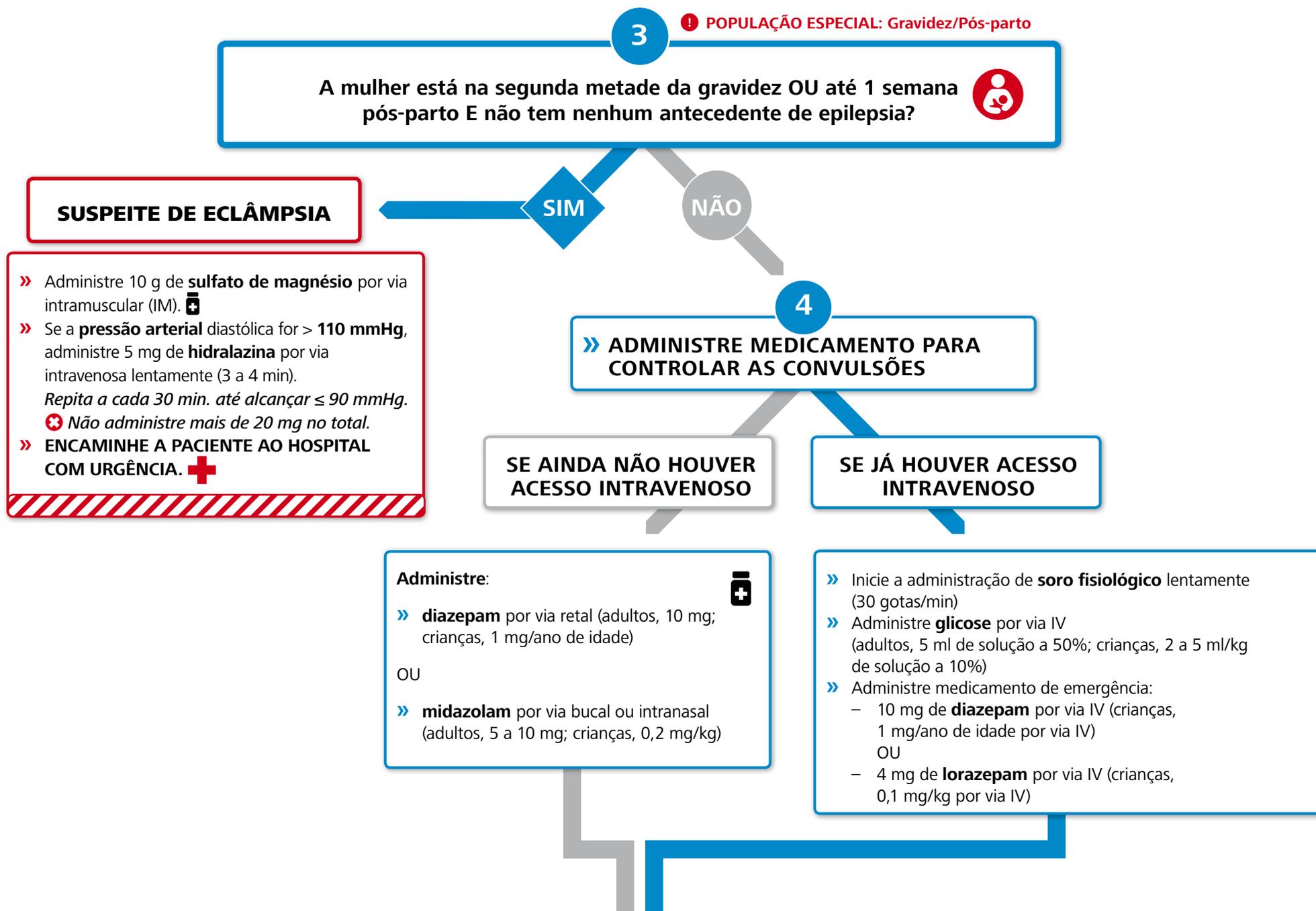
SIM

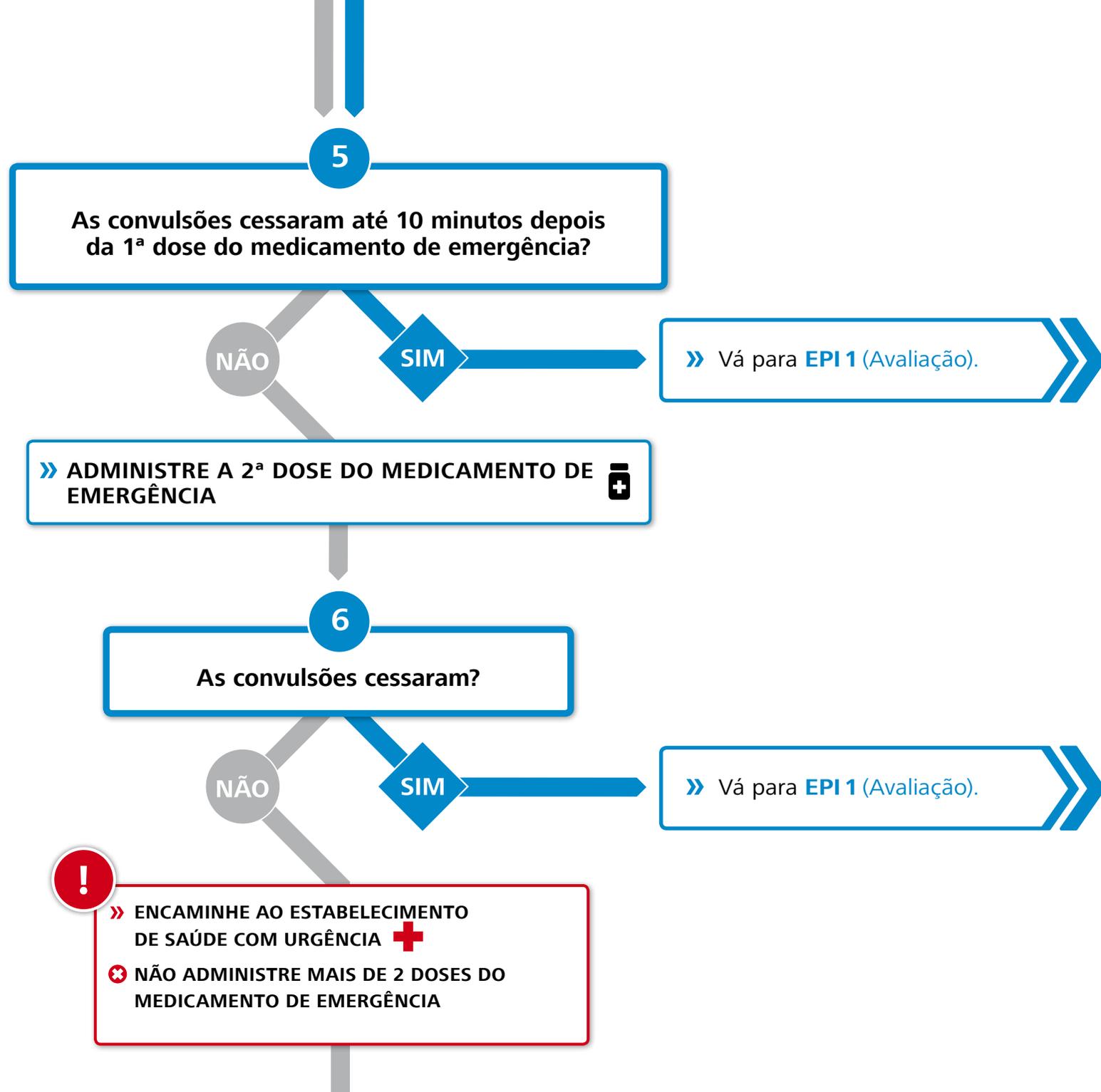
» ESTABILIZE A CABEÇA E O
PESCOÇO

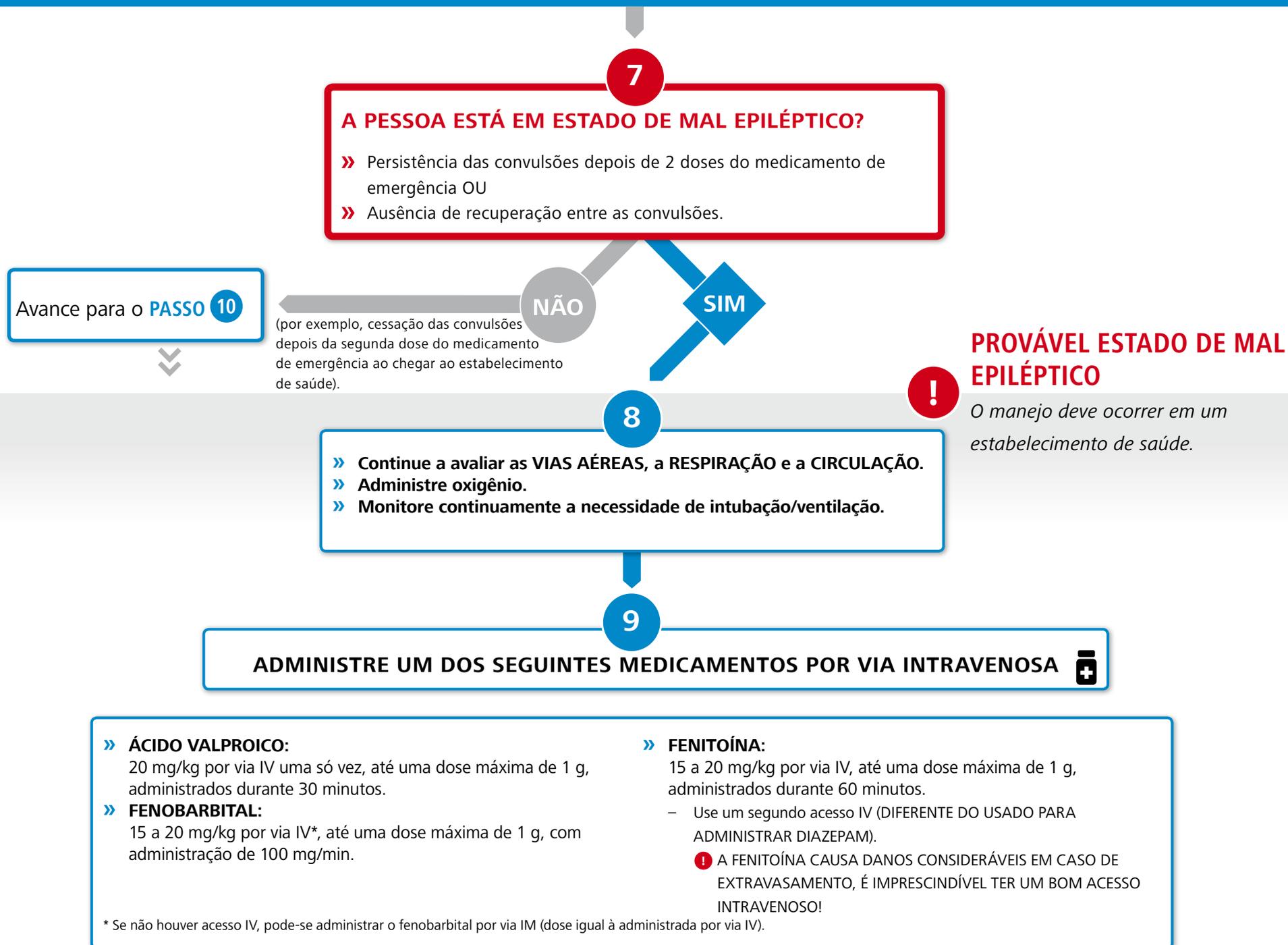
2

- » **Avalie AS VIAS AÉREAS, A RESPIRAÇÃO E A CIRCULAÇÃO.** Verifique se há algo nas vias aéreas e se a pessoa está respirando bem e o pulso é estável.
- » **Verifique a PRESSÃO ARTERIAL, a TEMPERATURA e a FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.**
- » **Comece a registrar a duração das convulsões, se possível.**
- » **Verifique se a pessoa está em lugar seguro e, se possível, coloque-a em decúbito lateral para facilitar a respiração;** afrouxe gravatas ou roupas ao redor do pescoço, retire os óculos e coloque algo macio sob a cabeça (se disponível).

- » Institua acesso intravenoso (IV) para administração de medicamento e líquidos, se possível.
- » **✗ NÃO DEIXE A PESSOA SOZINHA.**
- » **✗ NÃO INTRODUZA NADA NA BOCA.**
- » EM CASO DE POSSÍVEL TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, NEUROINFEÇÃO (FEBRE) OU DÉFICITS FOCAIS, ENCAMINHE AO HOSPITAL COM URGÊNCIA. **+**







As convulsões CESSARAM?

NÃO

SIM

- » Use um dos outros medicamentos (se disponíveis) OU administre mais 10 mg/kg de fenitoína (durante 30 minutos).
- » Monitore a ocorrência de depressão respiratória, hipotensão arterial e arritmia.

10

» AVALIE (E TRATE CONFORME APROPRIADO) A CAUSA SUBJACENTE DAS CONVULSÕES:

- Neuroinfecção (febre, rigidez de nuca, cefaleia, confusão).
- Uso de substâncias (abstinência de álcool ou ingestão de drogas).
- Traumatismo.
- Anormalidade metabólica (hipernatremia ou hipoglicemia).
- Acidente vascular cerebral (déficit focal).
- Tumor (déficit focal).
- Epilepsia comprovada (antecedentes de crises epiléticas).

As convulsões cessaram?

NÃO

SIM

» ENCAMINHE A UM ESPECIALISTA PARA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA COMPLEMENTAR



» Vá para EPI 1 (Avaliação).

EPI 1 » Avaliação



DICA CLÍNICA:

Devem-se cogitar as hipóteses de síncope e de pseudocrises epilépticas durante a avaliação inicial e nos casos de insucesso terapêutico.

» Com frequência, os episódios de síncope (desmaio) são precedidos de rubor, sudorese, palidez e, às vezes, sensação de escurecimento da visão. Pode haver leve tremor ao final.

» Em geral, as pseudocrises epilépticas estão associadas a um fator desencadeante de estresse. Muitas vezes os episódios são prolongados e incluem abalos arrítmicos do corpo, olhos fechados e, com frequência, impulsão pélvica. Habitualmente a recuperação após o episódio é rápida. Se houver suspeita de pseudocrises epilépticas, vá para **OUT**.

MANIFESTAÇÕES COMUNS DA EPILEPSIA

- *Movimentos convulsivos ou crises epilépticas*
Durante a convulsão:
 - Perda ou comprometimento da consciência;
 - Contração, rigidez;
 - Mordedura da língua, traumatismos, incontinência urinária ou fecal.
- *Depois da convulsão: fadiga, sonolência, confusão, comportamento anormal, cefaleia, dor muscular ou fraqueza de um lado do corpo.*

1

A pessoa apresenta crises convulsivas?

A pessoa apresentou movimentos convulsivos com duração superior a um a dois minutos?

NÃO

SIM

É improvável que seja uma crise convulsiva

- » Consulte um especialista caso haja episódios recorrentes. 
- » Realize seguimento em 3 meses. 

A pessoa apresentou pelo menos dois dos seguintes sintomas durante o(s) episódio(s)?

- Perda ou comprometimento da consciência.
- Contração, rigidez.
- Mordedura ou equimose da língua, lesão física.
- Incontinência fecal ou urinária.
- Depois da convulsão: fadiga, sonolência, confusão, comportamento anormal, cefaleia, dor muscular ou fraqueza de um lado do corpo.

É improvável que seja uma crise convulsiva

- » Consulte um especialista caso haja episódios recorrentes. 
- » Realize seguimento em 3 meses. 

NÃO

SIM

Suspeite de
CRISE CONVULSIVA

2

Há uma causa aguda?

Há neuroinfecção ou outras possíveis causas de convulsão?

» **Investigue os sinais e sintomas:**

- | | | |
|---|--|---|
| - Febre | - Traumatismo cranioencefálico | - Intoxicação ou abstinência relacionadas com o uso de álcool ou drogas |
| - Cefaleia | - Anormalidade metabólica (por exemplo, hipoglicemia/hiponatremia) | |
| - Confusão | | |
| - Irritação meníngea (por exemplo, rigidez de nuca) | | |

SIM

NÃO

Suspeite de **EPILEPSIA**



- » AVALIE E TRATE A CONDIÇÃO MÉDICA.
- » ENCAMINHE AO HOSPITAL, SE POSSÍVEL, EM CASO DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, MENINGITE E ANORMALIDADES METABÓLICAS. **+**
- ✗ *NÃO É NECESSÁRIO MEDICAMENTO ANTIEPILÉPTICO.*
- » Marque uma consulta de seguimento em três meses para avaliar a possibilidade de epilepsia. ↻

Avance para **PASSO 3**

3

A pessoa tem epilepsia?

A pessoa apresentou pelo menos duas crises epiléticas em dois dias diferentes no último ano?

DICA CLÍNICA:

» Pergunte:

- Qual é a frequência dos episódios?
- Quantos episódios ocorreram no último ano?
- Quando foi o último episódio?



NÃO

SIM

Não satisfaz os critérios para diagnóstico de epilepsia.

- » Não é necessário manter o medicamento antiepilético.
- » Marque consulta de seguimento em três meses e avalie a possibilidade de epilepsia.

É provável que seja
EPILEPSIA

DICA CLÍNICA:

O exame físico deve incluir exame neurológico e investigação de déficit focais; por exemplo, qualquer assimetria da força ou dos reflexos.



Investigue a causa subjacente. Faça um exame físico.

- » A pessoa apresenta algum desses sinais ou sintomas?
 - História de asfixia ou traumatismo ao nascimento.
 - Traumatismo cranioencefálico.
 - Infecção encefálica.
 - História familiar de crises epiléticas.

NÃO

SIM

» **ENCAMINHE A UM ESPECIALISTA PARA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA COMPLEMENTAR**

4

Há condições MNS concomitantes?

>> **Investigue outras condições MNS concomitantes de acordo com o Mapa geral (MG) do MI-mhGAP.**



! *Lembre-se de que as pessoas com EPILEPSIA correm maior risco de apresentar DEPRESSÃO E TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS. EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PODE HAVER ASSOCIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS E TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS.*

>> Vá para o **PROTOCOLO 1**

! **SE HOUVER RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO, AVALIE e TRATE** antes de passar ao Protocolo. Vá para SUI.

EPI 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

- » Providencie **psicoeducação** para a pessoa e os cuidadores. (2.1) 
- » Inicie **medicamentos antiepiléticos**. (2.3) 
- » Promova o funcionamento nas atividades diárias. (2.2)

Populações especiais

Observe que as intervenções para EPILEPSIA são diferentes nessas populações.



MULHER EM IDADE REPRODUTIVA

Preocupação: risco do medicamento antiepilético para o feto ou a criança.

- » Prescreva folato (5 mg/dia), para **evitar** defeitos do **tubo neural**, a **TODAS as mulheres em idade reprodutiva**.
- » EVITE O USO DE VALPROATO.
- » **ATENÇÃO** Na gestante:
 - Evite a politerapia. A combinação de vários medicamentos aumenta o risco de efeitos teratogênicos durante a gravidez.
 - Caso se interrompa o uso de medicamentos durante a gravidez, é preciso reduzir a dose gradativamente.
 - Aconselhe que o parto seja realizado no hospital.
- » **Por ocasião do parto**, administre 1 mg de vitamina K por via intramuscular ao recém-nascido para evitar doença hemorrágica.
- » Na lactante, a carbamazepina é preferível a outros medicamentos.



CRIANÇA/ADOLESCENTE

Preocupação: efeito do medicamento antiepilético no desenvolvimento e no comportamento.

- » Nos casos de transtorno do desenvolvimento, trate a condição. Vá para » **MCO**.
- » Nos casos de transtorno comportamental, evite o uso de fenobarbital se possível. Trate a condição. Vá para » **MCO**.



PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

Preocupação: interações medicamentosas de antiepiléticos e antirretrovirais.

- » Quando possível, consulte as interações medicamentosas específicas do esquema antirretroviral e do medicamento antiepilético prescritos para a pessoa.
- » O **valproato** é preferível porque há menos interações medicamentosas.
- »  **EVITE O USO DE FENITOÍNA E CARBAMAZEPINA QUANDO POSSÍVEL.**

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

2.1 Psicoeducação

Dê informações sobre: “o que é convulsão/ epilepsia” e a importância do medicamento.

- » “A convulsão é causada pela atividade elétrica excessiva no encéfalo, não por bruxaria ou espíritos.”
- » “Epilepsia é a tendência recorrente a convulsões.”
- » “É uma condição crônica, mas, se você tomar os medicamentos conforme a prescrição, pode ser totalmente controlada na maioria dos casos.”
- » Várias pessoas podem ajudar o paciente a cuidar das convulsões. Converse sobre isso com o paciente.
- » Peça à pessoa que informe se está se consultando com um curandeiro tradicional ou religioso, demonstre respeito em relação a isso, mas enfatize a necessidade da atenção em um estabelecimento de saúde. Deve-se também informar à pessoa que, às vezes, ocorrem interações adversas dos medicamentos com os produtos fitoterápicos e, portanto, os profissionais de saúde devem estar cientes de todos os medicamentos usados.

DICA CLÍNICA:

- » As crises epilépticas com duração maior que 5 minutos constituem uma emergência médica – é preciso buscar ajuda imediatamente.
- » A maioria das pessoas com epilepsia pode ter vida normal se houver boa adesão ao tratamento.

Dê informações sobre: como os cuidadores podem controlar a convulsão em casa.

- » Coloque a pessoa em decúbito lateral (deitada de lado), com a cabeça virada para ajudar a respiração.
- ✘ NÃO INTRODUZA NADA NA BOCA DA PESSOA NEM A CONTENHA.
- » Verifique se a pessoa está respirando adequadamente.
- » Permaneça com a pessoa até que cesse a convulsão e ela desperte.
- » Às vezes, as pessoas com epilepsia sabem que uma convulsão é iminente. Elas devem se deitar em algum lugar seguro se sentirem isso.
- » A epilepsia não é contagiosa. Não se contrai o distúrbio ao ajudar uma pessoa com convulsões.

Dê informações sobre: quando procurar ajuda médica. 

- » Quando uma pessoa com epilepsia parece ter dificuldade para respirar durante uma convulsão, é necessário obter ajuda médica imediata.
- » Quando uma pessoa com epilepsia tem uma convulsão com duração superior a 5 minutos, é necessário levá-la a um estabelecimento de saúde.
- » Quando uma pessoa com epilepsia não desperta após uma convulsão, é necessário levá-la a um estabelecimento de saúde.

2.2 Promova o funcionamento nas atividades diárias e na vida comunitária

- » Consulte no módulo Práticas e cuidados essenciais (PCE) as intervenções que promovem o funcionamento na vida cotidiana e na vida comunitária.
- » Além disso, informe aos cuidadores e pessoas com epilepsia que:
 - As pessoas com epilepsia podem levar vida normal. Elas podem se casar e ter filhos.
 - Os pais não devem tirar da escola as crianças com epilepsia.
 - As pessoas com epilepsia podem trabalhar na maioria dos empregos. Entretanto, devem evitar empregos com alto risco de sofrer lesão ou de causar lesão a outros (por exemplo, trabalho com máquinas pesadas).
 - As pessoas com epilepsia devem evitar cozinhar sobre fogo aberto e nadar sozinhas.
 - As pessoas com epilepsia devem evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o uso de drogas, dormir pouco ou ir a lugares com luzes intermitentes.
 - Deve-se respeitar as leis locais sobre condução de veículos por pessoas com epilepsia.
 - As pessoas com epilepsia podem ter direito a auxílio por incapacidade.
 - Os programas comunitários para pessoas com epilepsia podem ajudar a obter trabalho e apoiar tanto a pessoa quanto a família.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

2.3 Inicie o tratamento com medicamentos antiepilépticos

- » Escolha um medicamento que esteja constantemente disponível.
- »  Em caso de população especial (crianças, mulheres em idade reprodutiva, pessoas que vivem com HIV), consulte a seção pertinente deste módulo.
- » Inicie com um só medicamento na dose inicial mínima.
- » Aumente a dose lentamente até que as convulsões sejam controladas.
- » Considere o monitoramento de hemograma, bioquímica sanguínea e provas de função hepática, se possível.

ATENÇÃO!

- » Verifique se há **interações medicamentosas**. *Quando combinados, os antiepiléticos podem aumentar ou reduzir o efeito de outros antiepiléticos. Podem também reduzir o efeito de anticoncepcionais hormonais, imunossupressores, antipsicóticos, metadona e alguns antirretrovirais.*
- » Raramente, podem causar acentuada depressão da medula óssea, reações de hipersensibilidade, inclusive síndrome de Stevens-Johnson, alteração do metabolismo da vitamina D e doença hemorrágica do recém-nascido por deficiência de vitamina K.

- »  Quando possível, evite o uso de valproato sódico em gestantes devido ao risco de defeitos do tubo neural.
- » Todos os medicamentos anticonvulsivantes devem ser interrompidos gradualmente, pois a interrupção abrupta pode levar ao ressurgimento das crises epiléticas.

TABELA 1: Medicamentos antiepilépticos

MEDICAMENTO	POSOLOGIA ORAL	EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES/PRECAUÇÕES
CARBAMAZEPINA	<p>Adultos: Inicie com 100-200 mg/dia fracionados em 2 a 3 doses. Aumente 200 mg por semana (máximo de 1.400 mg/dia).</p> <p>Crianças: Inicie com 5 mg/kg por dia fracionados em 2 a 3 doses. Aumente a dose diária em 5 mg/kg a cada semana (máximo de 40 mg/kg por dia OU 1.400 mg/dia).</p> <p> Mulheres grávidas ou lactantes: use com cuidado.</p>	<p>Comuns: sedação, confusão, tontura, ataxia, visão dupla, náuseas, diarreia, leucopenia benigna.</p> <p>Graves: hepatotoxicidade, atraso da condução cardíaca, baixos níveis de sódio.</p>	<p>É preciso ter cuidado em pacientes com história de distúrbios hematológicos ou doença renal, hepática ou cardíaca.</p> <p>Pode ser necessário ajustar a dose depois de 2 semanas em razão da indução de seu próprio metabolismo.</p>

TABELA 1: Medicamentos antiepilépticos (cont.)

MEDICAMENTO	POSOLOGIA ORAL	EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES/PRECAUÇÕES
FENOBARBITAL	<p>Adultos: Inicie com 60 mg/dia fracionados em 1 a 2 doses. Aumente 2,5 a 5 mg a cada semana (máximo de 180 mg/dia).</p> <p>Crianças: Inicie com 2 a 3 mg/kg por dia fracionados em 2 doses. Aumente a dose diária em 1 a 2 mg/kg a cada semana de acordo com a tolerância (máximo de 6 mg/dia).</p>	<p>Comuns: sedação, hiperatividade em crianças, ataxia, nistagmo, disfunção sexual, depressão.</p> <p>Graves: insuficiência hepática (reação de hipersensibilidade), diminuição da densidade mineral óssea.</p>	<p>Contraindicado em pacientes com porfiria intermitente aguda.</p> <p>Doses menores para pacientes com doença renal ou hepática.</p>
FENITOÍNA	<p>Adultos: Inicie com 150 a 200 mg/dia fracionados em 2 doses. Aumente a dose diária em 50 mg a cada 3 a 4 semanas (máximo de 400 mg/dia).</p> <p>Crianças: Inicie com 3 a 4 mg/kg por dia fracionados em 2 doses. Aumente a dose diária em 5 mg/kg a cada 3 a 4 semanas (máximo de 300 mg/dia).</p> <p> Mulheres grávidas ou lactantes: evite.</p> <p> Idosos: use doses menores.</p>	<p>Comuns: sedação, confusão, tontura, tremor, convulsões motoras, ataxia, visão dupla, nistagmo, fala arrastada, náuseas, vômitos, constipação intestinal.</p> <p>Graves: anormalidades hematológicas, hepatite, polineuropatia, hipertrofia gengival, acne, linfadenopatia, aumento da ideação suicida.</p>	<p>Doses menores para pacientes com doença renal ou hepática.</p>
VALPROATO SÓDICO	<p>Adultos: Inicie com 400 mg/dia fracionados em 2 doses. Aumente a dose diária em 500 mg a cada semana (máximo de 3.000 mg/dia).</p> <p>Crianças: Inicie com 15 a 20 mg/kg por dia fracionados em 2 a 3 doses. Aumente a dose diária em 15 mg/kg a cada semana (máximo de 15 a 40 mg/kg por dia).</p> <p> Mulheres grávidas: evite.</p> <p> Idosos: use doses menores.</p>	<p>Comuns: sedação, cefaleia, tremor, ataxia, náuseas, vômitos, diarreia, ganho de peso, queda de cabelo transitória.</p> <p>Graves: comprometimento da função hepática, trombocitopenia, leucopenia, sonolência/confusão (encefalopatia hiperamonêmica induzida por valproato, um sinal de toxicidade), insuficiência hepática, pancreatite hemorrágica.</p>	<p>Use com cuidado se houver diagnóstico ou suspeita de doença hepática.</p> <p>Interações medicamentosas: os níveis de valproato são diminuídos pela carbamazepina e aumentados pelo ácido acetilsalicílico.</p>

EPI 3 » Seguimento

1

AVALIE A CONDIÇÃO ATUAL



RECOMENDAÇÕES SOBRE A FREQUÊNCIA DE CONTATO

» Deve haver uma consulta de seguimento a cada 3 a 6 meses.

A frequência das crises convulsivas diminuiu mais de 50%?

NÃO

SIM

SE A PESSOA NÃO ESTIVER MELHORANDO COM A DOSE ATUAL:

- » Verifique a adesão aos medicamentos.
- » **Considere o aumento da dose, de acordo com as necessidades, até a dose máxima se não houver efeitos adversos.**
- » Se a resposta ainda for insatisfatória:
 - Considere a troca de medicamento. Deve-se alcançar a dose ótima do novo medicamento antes de começar a retirada gradativa do primeiro.
- » Se a resposta ainda for insatisfatória:
 - Reavalié o diagnóstico.
 - ENCAMINHE AO ESPECIALISTA.
- » Aumente a frequência das consultas de seguimento.

DICA CLÍNICA:

- » **Os EFEITOS ADVERSOS** (por exemplo, sonolência, nistagmo, diplopia, ataxia) são causados por doses muito altas do medicamento para a pessoa.
- » **Se houver uma REAÇÃO IDIOSSINCRÁSICA** (reação alérgica, depressão da medula óssea, insuficiência hepática), troque o medicamento antiepiléptico.

2

MONITORE O TRATAMENTO

Em todos os contatos:

- » Avalie os efeitos colaterais do medicamento, inclusive efeitos adversos e reações idiossincrásicas (clinicamente e com exames laboratoriais apropriados quando possível).
- » Providencie psicoeducação e avalie as intervenções psicossociais. 
- » **O paciente é uma mulher em idade reprodutiva que planeja engravidar?** Em caso afirmativo, consulte o especialista. 
- » **O paciente tem algum sintoma novo que preocupe?**
Avalie se há algum novo sintoma de depressão e ansiedade dado o alto risco de comorbidade com a epilepsia.
- » **O paciente está usando algum novo medicamento que possa acarretar interação?** (Muitos anticonvulsivantes interagem com outros medicamentos). Em caso afirmativo, consulte um especialista.

3

CONSIDERE A INTERRUÇÃO DOS MEDICAMENTOS QUANDO APROPRIADO

A pessoa está há vários anos sem apresentar convulsões?

NÃO

SIM

SE NÃO HOUVER PROBLEMAS COM OS MEDICAMENTOS

- » **Mantenha a dose atual.** *A posologia correta é a menor dose terapêutica que controle as crises epiléticas e reduza ao mínimo os efeitos colaterais adversos.*
- » Mantenha o seguimento rigoroso e avalie a possibilidade de interromper os medicamentos se o paciente estiver há pelo menos dois anos sem crises epiléticas.

- » **Analise o risco de ocorrência de crises epiléticas com a pessoa e o cuidador** (se a epilepsia for decorrente de traumatismo crânioencefálico, acidente vascular cerebral ou neuroinfecção, há um risco maior de recorrência das crises ao suspender o medicamento), bem como os riscos e benefícios da interrupção dos medicamentos.
- » **Caso se aceite a interrupção do medicamento, reduza gradativamente as doses ao longo de 2 meses e monitore com atenção a recorrência de crises epiléticas.**

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Este módulo abrange a avaliação e o manejo de transtornos do desenvolvimento, transtornos de comportamento e transtornos emocionais em crianças e adolescentes.

O termo TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO é amplo e abrange transtornos como a deficiência intelectual e os transtornos do espectro autista. Em geral, esses transtornos surgem na infância, com comprometimento ou atraso de funções relacionadas ao amadurecimento do sistema nervoso central, e têm um curso constante em vez das remissões e recaídas que tendem a caracterizar muitos outros transtornos mentais.

O termo TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS é amplo e compreende transtornos específicos como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e transtornos da conduta. Os sintomas comportamentais de intensidade variável são muito comuns na população geral. O diagnóstico de transtornos comportamentais só deve ser realizado em crianças e adolescentes com grau moderado a intenso de prejuízo psicológico, social, educacional ou ocupacional em múltiplos ambientes.

Os TRANSTORNOS EMOCIONAIS estão entre as principais causas relacionadas com a saúde mental da carga global de doença em jovens. Os transtornos emocionais são caracterizados por aumento dos níveis de ansiedade, depressão, medo e sintomas somáticos.

Com frequência, as crianças e os adolescentes apresentam sintomas de mais de uma condição; às vezes, há superposição de sintomas. A qualidade dos ambientes educacionais, domésticos e sociais influencia o bem-estar e o funcionamento das crianças e dos adolescentes. A exploração e a abordagem de estressores psicossociais junto com oportunidades de ativar apoios são cruciais para o plano de avaliação e manejo.

MCO » Panorama rápido



AVALIAÇÃO

- » Verifique se há problemas do desenvolvimento.
- » Verifique se há problemas de desatenção ou hiperatividade.
- » Verifique se há problemas emocionais. Caso se trate de um adolescente, investigue se há depressão moderada a grave.
- » Verifique se há comportamento desafiante, desobediente e agressivo.
- » Verifique se há outras condições MNS prioritárias.
- » Avalie o ambiente doméstico.
- » Avalie o ambiente escolar.



MANEJO

- » **Protocolos de manejo:**
 1. *Atraso/transtorno do desenvolvimento.*
 2. *Problemas de comportamento.*
 3. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH).*
 4. *Transtorno de conduta.*
 5. *Problemas emocionais.*
 6. *Transtornos emocionais e depressão moderada a grave em adolescentes.*
- »  **Intervenções psicossociais.**



SEGUIMENTO

TABELA 1: MANIFESTAÇÕES COMUNS DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR FAIXA ETÁRIA

Podem ser informadas pelo cuidador ou pelo próprio paciente ou ainda observadas durante o processo de avaliação.

	TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO	TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS	TRANSTORNOS EMOCIONAIS
Lactentes e crianças pequenas (< 5 anos)	<ul style="list-style-type: none"> Alimentação insuficiente, atraso do crescimento, hipotonia motora, atraso dos marcos de desenvolvimento esperados para a idade (por exemplo, sorrir, sentar-se, interagir com outras pessoas, compartilhar a atenção, andar, falar e treinamento do controle esfinteriano). 		<ul style="list-style-type: none"> Choro excessivo, agarramento a um cuidador, imobilização (caracterizada por rigidez do corpo e silêncio) ou ataques de raiva. Timidez extrema ou mudanças no funcionamento (por exemplo, novos comportamentos de incontinência urinária ou fecal ou de sucção do polegar). Diminuição do início de brincadeiras e interações sociais. Dificuldade para dormir e comer.
Meio da infância (6 a 12 anos)	<ul style="list-style-type: none"> Atraso da leitura e da escrita. Atraso no autocuidado como se vestir, tomar banho e escovar os dentes sozinho. 	<p>4 a 18 anos de idade</p> <ul style="list-style-type: none"> Hiperatividade: movimentação excessiva pelo ambiente, dificuldade extrema para permanecer sentado, falar excessivamente ou movimentação constante. Desatenção excessiva, distração, frequentemente interrompe as tarefas antes do término e passa a outras atividades. Impulsividade excessiva: frequentemente faz coisas sem antes refletir. Comportamento repetido e continuado que perturba outras pessoas (por exemplo, ataques de raiva excepcionalmente frequentes e intensos, comportamento cruel, desobediência grave e persistente, roubos ou furtos). 	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas físicos recorrentes e inexplicados (por exemplo, dor no estômago, cefaleia, náusea). Relutância ou recusa a ir para a escola. Timidez extrema ou mudanças no funcionamento (por exemplo, novos comportamentos de incontinência urinária ou fecal ou de sucção do polegar).
Adolescentes (13 a 18 anos)	<ul style="list-style-type: none"> Baixo rendimento escolar. Dificuldade para compreender instruções. Dificuldade de interação social e adaptação a mudanças. 	<ul style="list-style-type: none"> Comportamento repetido e continuado que perturba outras pessoas (por exemplo, ataques de raiva excepcionalmente frequentes e intensos, comportamento cruel, desobediência grave e persistente, roubos ou furtos). 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas de humor, ansiedade ou preocupação (por exemplo, humor irritável, facilmente incomodado, frustrado ou deprimido, mudanças extremas ou rápidas e inesperadas do humor, explosões emocionais), sofrimento excessivo. Mudanças no funcionamento (por exemplo, dificuldade de concentração, baixo rendimento escolar, desejo frequente de estar só ou ficar em casa).
Todas as idades	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade para realizar atividades diárias consideradas normais para a idade da pessoa; dificuldade para compreender instruções; dificuldade de interação social e adaptação às mudanças; dificuldades ou peculiaridades na comunicação; padrões restritivos ou repetitivos de comportamento, interesses e atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> Mudanças súbitas no comportamento ou nas relações com colegas, inclusive retraimento e ira. 	<ul style="list-style-type: none"> Temor excessivo, ansiedade ou esquiva de situações ou objetos específicos (por exemplo, separação de cuidadores, situações sociais, determinados animais ou insetos, altura, espaços fechados, visão de sangue ou feridas). Mudanças de hábitos de sono e alimentares. Diminuição de interesse ou participação em atividades. Comportamento de oposição ou de busca de atenção.

MCO 1 » Avaliação

MANIFESTAÇÕES COMUNS DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- **Criança ou adolescente, atendido em razão de queixas físicas ou para avaliação geral de saúde, que tem:**
 - Qualquer uma das manifestações iniciais típicas de transtornos emocionais, comportamentais ou do desenvolvimento (ver Tabela 1).
 - Fatores de risco como má nutrição, maus-tratos, abuso ou negligência, doenças frequentes ou doenças crônicas (por exemplo, infecção pelo HIV/Aids ou história de parto difícil).
- **Cuidador preocupado com criança ou adolescente em razão de:**
 - Dificuldade para acompanhar os colegas ou realizar as atividades diárias consideradas normais para a idade.
 - Comportamento (por exemplo, atividade excessiva, agressividade, ataques de raiva frequentes ou intensos, desejo excessivo de estar sozinho, recusa a fazer as atividades regulares ou ir para a escola).
- **Professor preocupado com criança ou adolescente porque:**
 - por exemplo, se distrai facilmente, tem comportamento inconveniente em sala de aula, envolve-se em problemas com frequência, tem dificuldade para terminar o trabalho escolar.
- **Agente comunitário de saúde ou assistente social preocupado com criança ou adolescente porque:**
 - por exemplo, transgride as normas ou a lei, agride fisicamente outras pessoas em casa ou na comunidade.

1

AVALIE SE HÁ TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO



DICA CLÍNICA:

- » Sempre se deve dar ao adolescente a oportunidade de estar sozinho com os profissionais de saúde, sem a presença de cuidadores.
- » Esclareça a natureza sigilosa da conversa.
- » Indique em que circunstâncias serão dadas informações aos pais ou a outros adultos.
- » Explore o motivo da consulta com a criança ou o adolescente e o cuidador.

Avalie todos os domínios – motor, cognitivo, social, de comunicação e adaptativo.

» **Crianças que estão aprendendo a andar e em idade pré-escolar:**
A criança teve alguma dificuldade para alcançar marcos apropriados para a idade em todas as áreas do desenvolvimento?

» **Crianças maiores e adolescentes:**
Há dificuldades na escola (aprendizagem, leitura e escrita), de comunicação e interação com outras pessoas, no autocuidado e nas atividades domésticas diárias?

AVANCE para o PASSO 2

NÃO

SIM

SUSPEITE DE ATRASO/TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO

Há sinais ou sintomas sugestivos de alguma dessas condições:

- Carência nutricional, inclusive de iodo
- Anemia
- Má nutrição
- Doença infecciosa aguda ou crônica, inclusive infecção de ouvido e infecção por HIV/Aids

NÃO

SIM

» **Controle as condições usando as diretrizes de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/, em inglês) ou outras diretrizes disponíveis.**

Avalie a criança para verificar se existe alguma deficiência visual ou auditiva:

Para avaliar a visão, verifique se a criança:

- Olha em seus olhos.
- Acompanha um objeto em movimento com a cabeça e os olhos.
- Pega um objeto.
- Reconhece pessoas familiares.

Para avaliar a audição, verifique se a criança:

- Gira a cabeça quando escuta uma voz atrás dela para ver a pessoa.
- Reage a ruídos fortes.
- Emite muitos sons diferentes (tata, dada, baba), se for um lactente.

NÃO

SIM

» CONSULTE O ESPECIALISTA PARA AVALIAÇÃO

» Vá para o PROTOCOLO 1



2

AVALIE SE HÁ PROBLEMAS DE DESATENÇÃO OU HIPERATIVIDADE

A criança ou o adolescente:

- é demasiado ativo?
- é incapaz de ficar quieto por muito tempo?
- é facilmente distraído, tem dificuldade para terminar as tarefas?
- move-se inquietamente?

SIM

NÃO

AVANCE para o PASSO 3



Os sintomas são persistentes, intensos e causam dificuldade considerável no funcionamento diário? As respostas a TODAS essas perguntas são afirmativas?

- Os sintomas estão presentes em várias situações?
- A duração é de pelo menos 6 meses?
- São impróprios para o nível de desenvolvimento da criança ou do adolescente?
- Há dificuldade considerável de funcionamento diário nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas?

SIM

NÃO

É improvável que seja TDAH

CONSIDERE A POSSIBILIDADE DE PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS

CONSIDERE A POSSIBILIDADE DE TDAH

» Vá para o **PROTOCOLO 2**

AVANCE para o **PASSO 3**

Descarte as condições físicas que podem se assemelhar ao TDAH.

Verifique se a criança ou o adolescente tem alguma dessas condições:

- Doenças da tireoide.
- Doença infecciosa aguda ou crônica, inclusive infecção pelo HIV/Aids.
- Dor não controlada, por exemplo, causada por infecção de ouvido, anemia falciforme.

NÃO

SIM

» **Trate a condição física**

» Vá para o **PROTOCOLO 3**

3

AVALIE SE HÁ TRANSTORNOS DE CONDUTA

A criança ou o adolescente apresenta comportamento agressivo, desobediente ou desafiante repetidamente, por exemplo:

- Questiona os adultos.
- Desafia ou se recusa a respeitar regras ou pedidos dos adultos.
- Irritabilidade ou ira extrema.
- Ataques de raiva frequentes e intensos.
- Dificuldade de relacionamento com outras pessoas.
- Comportamento provocativo.
- Níveis excessivos de belicosidade ou intimidação vexatória (bullying).
- Crueldade com animais ou pessoas.
- Destruição grave de propriedade, provocação de incêndios.
- Roubo, mentiras repetidas, absenteísmo escolar, fuga de casa.

AVANCE para
o PASSO 4

4

É IMPROVÁVEL QUE
SEJA UM TRANSTORNO
DE CONDUTA.

NÃO

SIM



DICA CLÍNICA: COMPORTAMENTO DISRUPTIVO OU DESAFIADOR APROPRIADO PARA A IDADE EM CRIANÇAS OU ADOLESCENTES

Crianças que estão aprendendo a andar e em idade pré-escolar (18 meses a 5 anos)

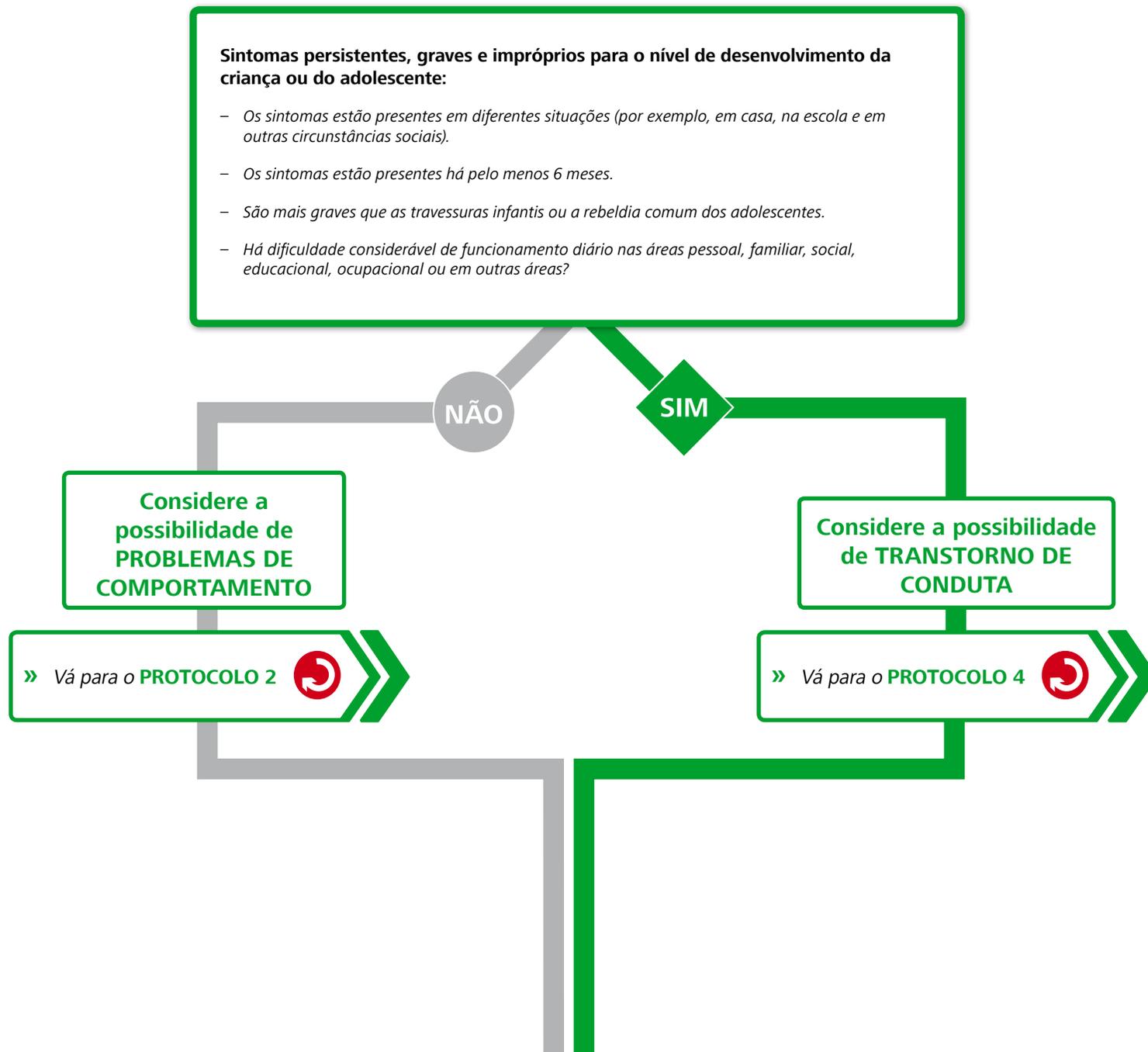
- Recusam-se a fazer o que lhes dizem, desobedecem às regras, questionam, fazem birra, exageram, dizem coisas que não são verdade, negam ter feito algo errado, são fisicamente agressivas e culpam outros para seu mau comportamento.
- Ataques de raiva de curta duração (explosões emocionais com choro, gritos, golpes, etc.), que costumam durar menos de 5 minutos e não mais de 25 minutos, geralmente menos de 3 vezes por semana. Os ataques de raiva típicos do desenvolvimento não devem acarretar autoagressão nem agressão física frequente de outras pessoas, e a criança costuma se acalmar sozinha depois.

Meio da infância (6 a 12 anos)

- Evitam cumprir instruções ou atrasam seu cumprimento, queixam-se ou discutem com adultos ou outras crianças, às vezes perdem a calma.

Adolescentes (13 a 18 anos)

- Testam regras e limites, afirmam que as regras e os limites são injustos ou desnecessários, às vezes são rudes, desdenham, questionam ou desafiam os adultos.



4

AVALIE SE HÁ TRANSTORNOS EMOCIONAIS (sofrimento prolongado e incapacitante, com tristeza, medo, ansiedade ou irritabilidade)

Pergunte se a criança ou o adolescente:

- Frequentemente se sente irritável, facilmente incomodado, desanimado ou triste.
- Perdeu o interesse ou o prazer nas atividades.
- Tem muitas preocupações ou frequentemente parece preocupado.
- Tem muitos temores ou se assusta com facilidade.
- Frequentemente se queixa de cefaleias, dor no estômago ou náuseas.
- Frequentemente se sente infeliz, abatido ou choroso.
- Evita determinadas situações ou tem forte aversão a elas (por exemplo, separação de seus cuidadores, encontro com novas pessoas ou espaços fechados).

AVANCE para
o PASSO 5

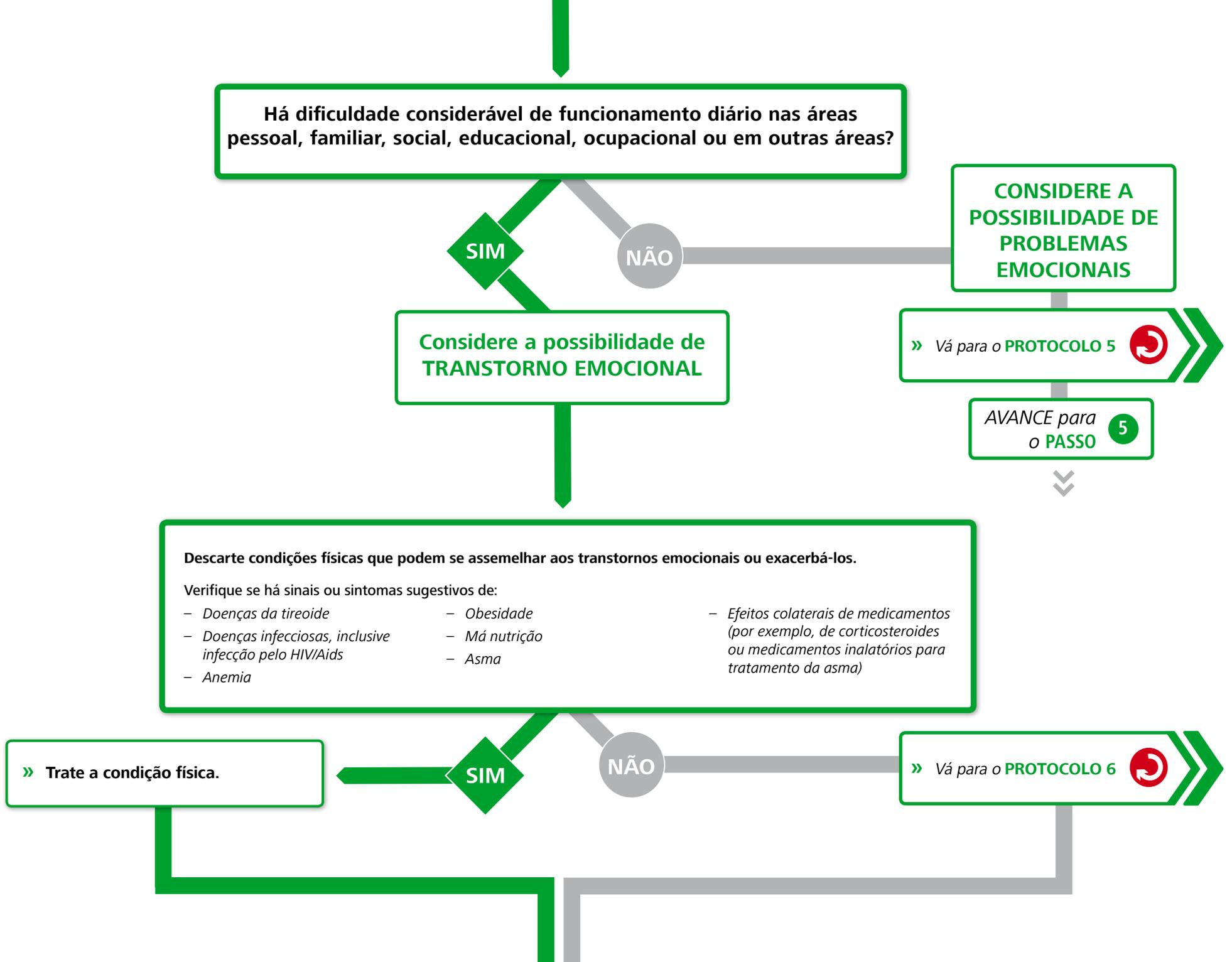
NÃO

SIM

DICA CLÍNICA: MEDOS E ANSIEDADES APROPRIADOS PARA A IDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Bebês e crianças de colo (9 meses a 2 anos)	– Medo de desconhecidos, sofrimento quando se separam dos cuidadores.
Crianças pequenas (2 a 5 anos)	– Medo de tempestades, fogo, água, escuro, pesadelos e animais.
Meio da infância (6 a 12 anos)	– Medo de monstros, fantasmas, germes, catástrofes naturais, doenças físicas e acidentes graves. – Ansiedade em relação à escola ou ao desempenho diante de outras pessoas.
Adolescentes (13 a 18 anos)	– Medo relacionado à rejeição por colegas, ao desempenho diante de outras pessoas, a doenças físicas, a procedimentos médicos, a catástrofes (por exemplo, guerra, ataque terrorista, desastres).





Em adolescentes, avalie se há depressão moderada a grave.

*O adolescente tem problemas de humor (irritabilidade, desânimo ou tristeza)
OU perdeu o interesse ou o prazer nas atividades?*

SIM

NÃO

AVANCE para
o PASSO 5

O adolescente apresentou vários desses sinais ou sintomas adicionais na maioria dos dias durante as duas últimas semanas?

- Perturbação do sono ou dormir demais.
- Alteração importante do apetite ou do peso (diminuição ou aumento).
- Crenças de inutilidade ou culpa excessiva.
- Fadiga ou perda de energia.
- Concentração reduzida.
- Indecisão.
- Agitação ou inquietação física observável.
- Fala ou movimentação mais lenta que o habitual.
- Desesperança.
- Pensamentos ou atos suicidas.

**Há dificuldade considerável de funcionamento diário nas áreas pessoal,
familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas?**

SIM

NÃO

**CONSIDERE A
POSSIBILIDADE DE
PROBLEMAS
EMOCIONAIS**

» Vá para o PROTOCOLO 5

AVANCE para
o PASSO 5

CONSIDERE A POSSIBILIDADE DE DEPRESSÃO

DICA CLÍNICA:

Pode haver delírios ou alucinações. Nesse caso, é preciso adaptar o tratamento para depressão. CONSULTE UM ESPECIALISTA



Descarte antecedentes de episódios maníacos e a possibilidade de reação normal a uma perda recente importante. Ver » DEP.

» Vá para o **PROTOCOLO 6**



5

AVALIE SE HÁ OUTRAS CONDIÇÕES MNS PRIORITÁRIAS

! SE HOUVER RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO, AVALIE E TRATE antes de continuar. Vá para »SUI.



Há outras condições MNS concomitantes? Avalie segundo o mapa geral do MI-mhGAP. Ver » MG.

- !** Não se esqueça de avaliar se há transtornos por uso de substâncias. Ver » SUB.
- !** No caso de crianças com atraso ou transtornos do desenvolvimento, não se esqueça de avaliar se há epilepsia. Ver » EPI.

» **AVALIE E TRATE** as condições MNS concomitantes



SIM

NÃO

DICA CLÍNICA:

- » Pergunte diretamente à criança ou ao adolescente sobre a exposição a essas situações quando for apropriado para o nível de desenvolvimento e seguro (por exemplo, não na presença de um cuidador que possa ser responsável pelos maus-tratos).
- » Sempre se deve dar ao adolescente a oportunidade de estar sozinho com os profissionais de saúde, sem a presença de cuidadores.



6

AVALIE O AMBIENTE DOMÉSTICO

Os problemas emocionais, comportamentais ou do desenvolvimento são reações a uma situação que causa sofrimento ou medo ou são agravados por essa situação?

Avalie se há:

- » Características clínicas ou qualquer elemento na história clínica sugestivo de maus-tratos ou exposição à violência (ver DICA CLÍNICA).
- » Qualquer estressor grave recente ou atual (por exemplo, doença ou morte de um parente, condições de vida e circunstâncias financeiras difíceis, ser vítima de intimidação vexatória ou agressão).

SIM

NÃO

- » Encaminhe a serviços de proteção de crianças se necessário.
- » Explore e administre os estressores.
- » Garanta a segurança da criança ou do adolescente como prioridade máxima.
- » Tranquelize a criança ou o adolescente afirmando que todas as crianças e adolescentes precisam ser protegidos contra maus-tratos.
- » Informe onde buscar ajuda em caso de maus-tratos atuais.
- » Providencie apoio adicional, inclusive encaminhamento a um especialista.
- » Procure assistência jurídica e recursos comunitários, conforme apropriado e previsto.
- » Considere outras intervenções psicossociais.
- » Garanta o seguimento apropriado. ↻

DICA CLÍNICA:**SINAIS DE ALERTA DE MAUS-TRATOS A CRIANÇAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**» **Maus-tratos físicos**

- Lesões (por exemplo, equimoses, queimaduras, marcas de estrangulamento ou de cinto, chicote, vara ou outro objeto).
- Qualquer lesão grave ou estranha inexplicada ou cuja explicação seja inadequada.

» **Abuso sexual**

- Lesões genitais ou anais ou sintomas sem explicação médica.
- Infecções sexualmente transmissíveis ou gravidez.
- Comportamentos sexualizados (por exemplo, indicação de um conhecimento sexual impróprio para a idade).

» **Negligência**

- Sujeira excessiva e roupas inadequadas.
- Sinais de má nutrição, saúde dentária muito ruim.

» **Maus-tratos emocionais e todas as outras formas de maus-tratos**

Qualquer mudança súbita ou significativa no comportamento ou estado emocional da criança ou do adolescente sem outra causa como explicação melhor, como:

- Medo incomum ou sofrimento intenso (por exemplo, choro inconsolável).
- Autoagressão ou retraimento social.
- Agressão ou fuga de casa.
- Busca indiscriminada de afeto de adultos.
- Surgimento de comportamentos novos de incontinência fecal e urinária ou de sucção do polegar.

ASPECTOS DA INTERAÇÃO DO CUIDADOR COM A CRIANÇA OU O ADOLESCENTE

- » Comportamento persistente de indiferença, sobretudo em relação a um lactente (por exemplo, não oferecer consolo ou atenção quando a criança ou o adolescente está assustado, ferido ou doente).
- » Comportamento hostil ou de rejeição.
- » Uso de ameaças impróprias (por exemplo, abandono da criança ou do adolescente) ou de métodos muito severos de disciplina.

Os cuidadores têm alguma condição MNS prioritária que poderia influenciar sua capacidade de cuidar da criança ou do adolescente?

Considere principalmente a possibilidade de depressão e transtornos por uso de substâncias.



DICA CLÍNICA:

» O transtorno depressivo em cuidadores pode agravar transtornos emocionais, comportamentais ou do desenvolvimento em crianças ou adolescentes sob seus cuidados.

NÃO

SIM

- » Avalie e trate as condições MNS do cuidador.
- » Vá para **Manejo 2.6** (*Apoio a cuidadores*)

A criança tem oportunidades adequadas para brincadeiras e interação ou comunicação social em casa?

Considere a possibilidade de perguntar:

- » Com quem a criança passa a maior parte do tempo?
- » Como você ou eles brincam com a criança? Com que frequência?
- » Como você ou eles se comunicam com a criança? Com que frequência?

NÃO

SIM

- » Oriente sobre estimulação e criação apropriadas para a idade. Consulte o manual *Care for Child Development* (Atenção destinada ao desenvolvimento da criança) em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/ (em inglês).
- » Considere a necessidade de apoio adicional à criança, inclusive o encaminhamento a serviços de proteção da criança quando disponíveis.

7

AVALIE O AMBIENTE ESCOLAR

A criança ou o adolescente está na escola?

SIM

NÃO

» Informe sobre os serviços educacionais e explique ao cuidador a importância de manter a criança ou o adolescente na escola o máximo possível.

DICA CLÍNICA

» Pergunte diretamente à criança ou ao adolescente sobre a exposição a essas situações quando for apropriado para o nível de desenvolvimento e seguro.



A criança ou o adolescente:

- » é objeto de intimidação vexatória (bullying), piadas ou ridicularização?
- » é incapaz de participar e aprender?
- » não quer ou se recusa a frequentar a escola?

NÃO

SIM

» Depois de obter consentimento, entre em contato com professores e outros funcionários da escola. Vá para Manejo (2.7).

» Em caso de absenteísmo escolar, procure ajudar a criança ou o adolescente a retornar à escola o mais breve possível e explore as razões da ausência.

» Vá para MCO 2 (Manejo).

MCO 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

Atraso/transtorno de desenvolvimento

- » Dê orientação sobre o bem-estar da criança ou do adolescente. (2.1)
- » Providencie psicoeducação para a pessoa e os cuidadores e aconselhamento sobre a criação. Oriente sobre os transtornos do desenvolvimento. (2.2 e 2.3)
- » Providencie apoio para o cuidador. (2.6)
- » Entre em contato com professores e outros funcionários da escola. (2.7)
- » Entre em contato com outros recursos comunitários disponíveis, como serviços de reabilitação na comunidade.
- » Ofereça treinamento de habilidades parentais, quando disponível. (2.8)
- » Encaminhe as crianças com transtornos do desenvolvimento ao especialista para avaliação complementar, informe sobre o plano de manejo e o planejamento familiar. 
- » Garanta o seguimento apropriado a cada três meses ou mais frequente, se necessário. 
- »  NÃO ofereça tratamento farmacológico.

PROTOCOLO

2

Problemas de comportamento

- » Dê orientação sobre o bem-estar da criança ou do adolescente. (2.1)
- » Dê orientações para melhorar o comportamento. (2.3)
- » Avalie e administre os estressores, reduza o estresse e fortaleça o apoio social.
- » Entre em contato com professores e outros funcionários da escola. (2.7)
- » Entre em contato com outros recursos disponíveis na comunidade.
- » Ofereça seguimento. 

PROTOCOLO

3

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)

- » Dê orientação sobre o bem-estar da criança ou do adolescente. (2.1)
- » Providencie psicoeducação para a pessoa e os cuidadores e aconselhamento sobre a criação. Dê orientações para melhorar o comportamento. (2.2 e 2.3)
- » Avalie e administre os estressores, reduza o estresse e fortaleça o apoio social.
- » Providencie apoio para o cuidador. (2.6)
- » Entre em contato com professores e outros funcionários da escola. (2.7)
- » Entre em contato com outros recursos disponíveis na comunidade.
- » Considere a oferta de treinamento de habilidades parentais, quando disponível. (2.8)
- » Considere intervenções comportamentais, quando disponíveis. (2.8)
- » Em caso de insucesso dos tratamentos supracitados E diagnóstico de TDAH E idade mínima de 6 anos, encaminhe a criança ou o adolescente a um especialista para tratamento com metilfenidato.
- » Assegure o seguimento apropriado a cada três meses ou mais frequente, se necessário. 

PROTOCOLO

4

Transtorno de conduta

- » Dê orientação sobre o bem-estar da criança ou do adolescente. (2.1)
- » Providencie psicoeducação para a pessoa e os cuidadores e aconselhamento sobre a criação. (2.2) 
- » Dê orientações para melhorar o comportamento. (2.3)
- » Avalie e administre os estressores, reduza o estresse e fortaleça o apoio social.
- » Providencie apoio para o cuidador. (2.6)
- » Entre em contato com professores e outros funcionários da escola. (2.7)
- » Considere a oferta de treinamento de habilidades parentais, quando disponível. (2.8)
- » Entre em contato com outros recursos disponíveis na comunidade.
- » Assegure o seguimento apropriado a cada três meses ou mais frequente, se necessário. 
- » Considere intervenções comportamentais, quando disponíveis. (2.8)
- »  **NÃO** ofereça tratamento farmacológico.

PROTOCOLO

5

Problemas emocionais

- » Dê orientação sobre o bem-estar da criança ou do adolescente. (2.1)
- » Providencie psicoeducação para a pessoa e os cuidadores e aconselhamento sobre a criação. (2.2) 
- » Avalie e administre os estressores, reduza o estresse e fortaleça o apoio social.
- » Entre em contato com professores e outros funcionários da escola. (2.7)
- » Entre em contato com outros recursos disponíveis na comunidade.

PROTOCOLO

6

Transtorno emocional ou depressão

- »  **NÃO** considere a prescrição de medicamentos como tratamento de primeira linha.
- »  **NÃO** prescreva medicamentos para crianças com menos de 12 anos.
- » Dê orientação sobre o bem-estar da criança ou do adolescente. (2.1)
- » Providencie psicoeducação para a pessoa e os cuidadores. (2.2 e 2,5) 
- » Providencie apoio para o cuidador. (2.6)
- » Entre em contato com professores e outros funcionários da escola. (2.7)
- » Entre em contato com outros recursos disponíveis na comunidade.
- » Avalie e administre os estressores, reduza o estresse e fortaleça o apoio social.
- » Considere a oferta de treinamento de habilidades parentais, quando disponível. (2.8)
- » Considere o encaminhamento a intervenção comportamental ou terapia interpessoal.
- » Quando as intervenções psicológicas não forem efetivas, consulte um especialista sobre o tratamento com fluoxetina [nenhum outro inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS) ou antidepressivo tricíclico (ATC)]. Vá para DEP e consulte os detalhes sobre medicamentos.
- » Assegure o seguimento apropriado uma vez ao mês ou mais frequente, se necessário. 

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

» Pode-se dar orientações sobre melhoria de comportamento a todos os cuidadores que tenham dificuldades com o comportamento da criança ou do adolescente sob seus cuidados ainda que não se suspeite de transtorno comportamental.

2.1 Orientação para promover o bem-estar e o funcionamento da criança ou do adolescente

» Pode ser oferecida a todas as crianças, adolescentes e cuidadores mesmo que não se suspeite de nenhum transtorno.

INCENTIVE O CUIDADOR A:

- » Passar tempo com a criança em atividades agradáveis; jogar e se comunicar com a criança ou o adolescente. Ver http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/ (em inglês).
- » Escutar a criança ou o adolescente e demonstrar compreensão e respeito.
- » Protegê-los de qualquer forma de maus-tratos, inclusive a intimidação vexatória e a exposição à violência no lar, na escola e na comunidade.
- » Prever as mudanças importantes na vida (como puberdade, início da educação escolar ou nascimento de um irmão) e dar apoio.

INCENTIVE E AJUDE A CRIANÇA OU O ADOLESCENTE A:

- » Dormir o suficiente. Promova a criação de rotinas na hora de dormir e retire a televisão e outros aparelhos eletrônicos com tela da área de dormir ou do quarto.
- » Comer com regularidade. Todas as crianças e adolescentes necessitam de três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e alguns lanches ao dia.
- » Praticar atividade física. Se forem capazes, crianças e adolescentes de 5 a 17 anos devem se exercitar durante no mínimo 60 minutos por dia, incluindo atividades diárias,

brincadeiras ou esportes. Ver http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5_17years/en/ (em inglês).

- » Participar o máximo possível das atividades na escola, na comunidade e de outras atividades sociais.
- » Passar tempo com parentes e amigos de confiança.
- » Evitar o uso de drogas, álcool e nicotina.

2.2 Psicoeducação para a pessoa e os cuidadores e orientações sobre a criação

- » Explique o atraso ou a dificuldade ao cuidador e à criança ou ao adolescente, conforme apropriado, e ajude-os a identificar pontos fortes e recursos.
- » Elogie o cuidador e a criança ou o adolescente por seus esforços.
- » Explique ao cuidador que a criação de uma criança ou um adolescente com atraso ou transtorno emocional, comportamental ou do desenvolvimento pode ser gratificante, mas também é um grande desafio.
- » Explique que as pessoas com transtornos mentais não devem ser culpadas por terem o transtorno. Incentive os cuidadores a serem gentis e solidários e a demonstrarem amor e afeto.
- » Promova e proteja os direitos humanos da pessoa e da família e esteja atento à manutenção dos direitos humanos e da dignidade.
- » Ajude os cuidadores a terem expectativas realistas e incentive-os a manter contato com outros cuidadores de crianças ou adolescentes com condições semelhantes para se apoiarem mutuamente.

2.3 Orientações para melhorar o comportamento

INCENTIVE O CUIDADOR A:

- » Dar atenção amorosa, inclusive brincar com a criança todos os dias. Dar oportunidades para que os adolescentes conversem com ele.
- » Ser constante em relação ao que a criança ou o adolescente tem ou não permissão para fazer. Dar instruções claras, simples e curtas sobre o que a criança deve e não deve fazer.
- » Dar à criança ou ao adolescente tarefas domésticas diárias simples, de acordo com seu nível de capacidade e elogiá-los imediatamente depois de cumprirem a tarefa.
- » Elogiar ou recompensar a criança ou o adolescente ao observar bom comportamento e não recompensar quando o comportamento for problemático.
- » Encontrar maneiras de evitar enfrentamentos sérios ou situações difíceis previsíveis.
- » Responder somente aos comportamentos problemáticos mais importantes e aplicar castigos leves (por exemplo, abstenção de recompensas e atividades divertidas) e pouco frequentes em comparação com a quantidade de elogios.
- » Adiar discussões com a criança ou o adolescente até que o cuidador esteja calmo. Evitar críticas, gritos e insultos.
- »  **NÃO** usar ameaças nem castigo físico e nunca maltratar fisicamente a criança ou o adolescente. O castigo físico pode prejudicar a relação da criança com o cuidador; não funciona tão bem quanto outros métodos e pode agravar os problemas de comportamento.
- » Incentivar brincadeiras apropriadas para a idade (por exemplo, esportes, desenho ou outras atividades) dos adolescentes e oferecer apoio prático apropriado para a idade (por exemplo, com o dever de casa ou outras habilidades de vida).

2.4 Psicoeducação para o atraso ou transtorno do desenvolvimento

INCENTIVE O CUIDADOR A:

- » Conhecer os pontos fortes e fracos da criança e como ela aprende melhor, o que é estressante para a criança e o que a deixa feliz, o que causa e o que evita comportamentos problemáticos.
- » Aprender como a criança se comunica e responde (usando palavras, gestos, expressão não verbal e comportamentos).
- » Ajudar a criança a se desenvolver, participando de suas atividades diárias e brincadeiras.
- » As crianças aprendem melhor durante atividades divertidas e positivas.
- » Incluir a criança na vida diária, começando com tarefas simples, uma de cada vez. Dividir atividades complexas em etapas simples para que a criança aprenda e seja recompensada a cada etapa.
- » Criar uma rotina diária previsível, com a programação de horários regulares para comer, brincar, aprender e dormir.
- » Manter o ambiente estimulante: evitar deixar a criança sozinha durante horas sem alguém para conversar e limitar o tempo diante da televisão e de jogos eletrônicos.
- » Manter a criança no ambiente escolar por tanto tempo quanto seja possível, matriculada em escolas regulares mesmo que só em meio período.
- » Estabelecer uma disciplina equilibrada. Oferecer uma recompensa quando a criança ou o adolescente fizer algo bom. Distrair a criança ou o adolescente das coisas que não deve fazer.
- » NÃO usar ameaças nem castigos físicos quando o comportamento for problemático.

- » As pessoas com transtornos do desenvolvimento frequentemente podem ter problemas comportamentais associados que o cuidador tenha dificuldade de administrar. Veja as orientações para melhorar o comportamento. (2.3)
- » Promova e proteja os direitos humanos da pessoa e da família e esteja atento à manutenção dos direitos humanos e da dignidade.
 - Eduque os cuidadores para evitar a internação.
 - Promova o acesso à informação e aos serviços de saúde.
 - Promova o acesso à educação escolar e a outras formas de educação.
 - Promova o acesso ao trabalho.
 - Promova a participação na vida da família e da comunidade.

2.5 Psicoeducação para problemas ou transtornos emocionais, inclusive a depressão em adolescentes

- » Aborde qualquer situação estressante no ambiente familiar, como a discórdia entre os pais ou o transtorno mental do pai ou da mãe. Com a ajuda dos professores, explore possíveis circunstâncias adversas no ambiente escolar.
- » Crie oportunidades para dedicar tempo de qualidade ao cuidador e à família.
- » Incentive e ajude a criança ou o adolescente a continuar (ou retomar) atividades prazerosas e sociais.
- » Incentive a criança ou o adolescente a praticar atividades físicas com regularidade e aumento gradual da duração das sessões.
- » Considere a possibilidade de ensinar à criança ou ao adolescente e ao cuidador exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento muscular progressivo e outros equivalentes culturais.

- » Crie rotinas previsíveis de manhã e ao deitar. Promova hábitos regulares de sono. Programe o dia com horários regulares para comer, brincar, aprender e dormir.
- » No caso de temores excessivos e irrealistas:
 - Elogie a criança ou o adolescente ou dê a ele pequenas recompensas quando experimentar coisas novas ou agir com coragem.
 - Ajude a criança a praticar para enfrentar a situação difícil dando um pequeno passo de cada vez (por exemplo, se a criança tem medo de se separar do cuidador, ajude a aumentar gradualmente o tempo em que brinca sozinha com o cuidador por perto).
 - Reconheça os sentimentos e as preocupações da criança e incentive-a a enfrentar seus medos.
 - Ajude a criança ou o adolescente a elaborar um plano para ajudá-lo a enfrentar uma situação temida, caso ocorra.

» Explique que os transtornos emocionais são comuns e podem acontecer a qualquer pessoa. A ocorrência de transtornos emocionais não significa que a pessoa seja fraca ou preguiçosa.

» Os transtornos emocionais podem causar pensamentos injustificados de desesperança e inutilidade. Explique que essas visões tendem a melhorar quando os transtornos emocionais melhoram.

» Conscientize a pessoa de que, se tiver pensamentos de autoagressão ou suicídio, deve contar a uma pessoa de confiança e voltar ao consultório imediatamente para receber ajuda.

2.6 Apoio ao cuidador

» Avalie o impacto psicossocial dos transtornos da criança ou do adolescente sobre os cuidadores e ofereça apoio para atender suas necessidades pessoais, sociais e de saúde mental.

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS (CONT.)

- » Promova o apoio e os recursos necessários para a vida familiar, o emprego, as atividades sociais e a saúde dos cuidadores.
- » Providencie cuidados temporários (pessoas confiáveis que assumem os cuidados por um curto período) para que os cuidadores primários tenham folga, sobretudo se a criança tiver um transtorno do desenvolvimento.
- » Ajude a família a administrar e resolver os problemas sociais e familiares.

2.7 Entre em contato com professores e outros funcionários da escola

- » Depois de obter consentimento da criança ou do adolescente e do cuidador, entre em contato com o professor da criança ou do adolescente e oriente ou elabore um plano para apoiar a criança na aprendizagem e na participação em atividades escolares.
- » Explique que o transtorno mental da criança ou do adolescente está afetando seu funcionamento nas áreas de aprendizagem, comportamento e social e que o professor pode ajudar.
- » Pergunte sobre situações estressantes que possam afetar adversamente o bem-estar emocional e a aprendizagem da criança. Se a criança sofre intimidação vexatória, oriente o professor sobre as medidas apropriadas para fazer cessar essa situação.

- » Explore estratégias que ajudem a envolver a criança nas atividades escolares e facilitem a aprendizagem, a inclusão e a participação.

» Conselhos práticos:

- Dê à criança ou ao adolescente oportunidades de usar suas habilidades e pontos fortes.
- Peça ao estudante que se sente na frente em sala de aula.
- Dê ao estudante mais tempo para compreender e concluir as tarefas.
- Divida tarefas longas em partes menores e delegue uma parte de cada vez.
- Elogie mais pelo esforço e recompense os avanços.
-  **NÃO** use ameaças, castigos físicos nem crítica excessiva.
- No caso de estudantes com dificuldades consideráveis em sala de aula, recrute um voluntário que vá à sala de aula oferecer atenção individual ou designe um colega que possa dar apoio ou ajudar no aprendizado.
- Se a criança ou o adolescente estiver fora da escola, crie um programa de reintegração gradual para ajudá-los a retornar o quanto antes. Durante o período de reintegração, o estudante deve ser isento de provas e avaliações.

2.8 Tratamentos psicológicos breves

- » Este guia não contém protocolos específicos para implementar intervenções psicológicas breves, como treinamento de habilidades parentais, terapia interpessoal e terapia comportamental. A OMS desenvolveu um módulo de treinamento de habilidades parentais destinados a pessoas que cuidam de crianças com atraso ou transtornos do desenvolvimento, disponível mediante solicitação.

MCO 3 » Seguimento

1 AVALIE SE HOUVE MELHORA

A pessoa está melhorando?
Reavalie e monitore os sintomas, o comportamento e o funcionamento da criança ou do adolescente a cada consulta.



DICA CLÍNICA:

» Se for identificada exposição a um ou mais tipos de maus-tratos na avaliação, determine se há exposição atual e riscos para a criança ou o adolescente

SIM



NÃO

- » Continue com o plano de manejo e seguimento até a cessação ou remissão dos sintomas.
- » Providencie psicoeducação e orientação adicionais sobre a criação.
- » Se a pessoa estiver em tratamento medicamentoso, considere a redução gradual da dose depois de consultar um especialista. 
- » Se a pessoa não estiver em tratamento medicamentoso, diminua a frequência do seguimento quando os sintomas cessarem e a criança ou o adolescente tiver funcionamento adequado na vida cotidiana.

AVANCE para
o PASSO 2



- » Providencie psicoeducação e orientação adicionais sobre criação, conforme apropriado.
- » Analise as intervenções psicossociais e revise o plano de manejo de acordo com as necessidades. Inclua a criança ou o adolescente e os cuidadores no processo de decisão, conforme apropriado.
- » Ofereça seguimento periódico. 

Se NÃO houver melhora dos sintomas ou do funcionamento em 6 meses:

- » Providencie intervenções adicionais, se disponíveis.
- » Aumente a frequência das consultas de seguimento de acordo com as necessidades.
- » **ENCAMINHE AO ESPECIALISTA**, se disponível, para avaliação complementar e manejo.

DICA CLÍNICA:

- » No caso de adolescentes, inclua no plano um tempo sozinho com ele (sem a presença dos pais ou cuidadores) durante parte da consulta de seguimento. Esclareça a natureza sigilosa da discussão na atenção à saúde, inclusive em que circunstâncias os pais ou outros adultos receberão informações.



TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO

Caso não haja melhora ou haja deterioração, previsão de perigo para a criança ou comprometimento da saúde física (como nos problemas nutricionais):

- » ENCAMINHE AO ESPECIALISTA para avaliação complementar e orientação sobre o plano de manejo.

✘ NÃO considere o tratamento farmacológico.

TDAH

Caso não haja melhora e a criança tenha pelo menos 6 anos de idade e tenha recebido tratamento psicossocial durante no mínimo 6 meses:

- » Encaminhe ao ESPECIALISTA ou consulte-o sobre a prescrição de metilfenidato.

TRANSTORNOS DE CONDUTA

Caso não haja melhora ou haja previsão de perigo para o adolescente:

- » ENCAMINHE AO ESPECIALISTA para avaliação complementar e orientação sobre o plano de manejo.

✘ NÃO considere o tratamento farmacológico.

TRANSTORNOS EMOCIONAIS

Caso não haja melhora e a criança ou o adolescente tenha recebido tratamento psicossocial durante no mínimo 6 meses:

- » ENCAMINHE AO ESPECIALISTA.

✘ NÃO inicie tratamento farmacológico.

DEPRESSÃO

Caso não haja melhora e o adolescente tenha 12 anos ou mais e tenha recebido tratamento psicossocial durante no mínimo 6 meses:

- » Encaminhe ao ESPECIALISTA ou consulte-o sobre a prescrição de fluoxetina (mas de nenhum outro ISRS ou ATC).

2

FAÇA AVALIAÇÕES DE ROTINA

Em cada consulta:

- » Monitore o desenvolvimento das crianças menores de 5 anos.
- » Avalie se há algum novo problema ou sintoma relacionado com o humor, o comportamento, o desenvolvimento ou o aprendizado. No caso de adolescente, avalie se há piora dos sintomas de humor (irritável, facilmente incomodado ou frustrado, desanimado ou triste) ou pensamentos suicidas. Volte ao Passo 4 da "Avaliação" no caso de piora dos sintomas de humor. Vá para SUI no caso de pensamentos suicidas.
- » Explore e aborde estressores psicossociais no lar, na escola ou no trabalho, inclusive exposição à violência ou outras formas de maus-tratos.
- » Avalie oportunidades para a criança ou o adolescente participar da vida familiar e social.
- » Avalie a necessidade de cuidadores e o apoio disponível para a família.
- » Monitore a frequência escolar.
- » Analise o plano de manejo e monitore a adesão às intervenções psicossociais.
- » Em caso de tratamento medicamentoso, avalie a adesão, os efeitos colaterais e a posologia.

3

MONITORE O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO QUANDO FOR O CASO**Monitoramento complementar caso se tenha prescrito fluoxetina para o adolescente**

- » Registre os detalhes da prescrição e da administração.
- » Semanalmente no primeiro mês, depois a cada mês: monitore o relato de efeitos colaterais e mudanças do humor e de outros sintomas.
- » Consulte o especialista se identificar efeitos colaterais intensos do medicamento ou eventos adversos (por exemplo, pensamentos suicidas novos ou mais graves, comportamento suicida ou de autoagressão, agitação, irritabilidade, ansiedade ou insônia). 
- » Oriente o adolescente a continuar o uso do medicamento ainda que se sinta melhor. O medicamento deve ser mantido durante 9 a 12 meses depois da resolução dos sintomas para reduzir o risco de recaída.
- » Oriente o adolescente a não interromper repentinamente o medicamento.
- » Se houver remissão dos sintomas durante 9 a 12 meses: analise com o adolescente e o cuidador os riscos e benefícios da redução gradual da dose até a interrupção do medicamento. Reduza o tratamento gradualmente ao longo de um período mínimo de 4 semanas, monitore com rigor a eventual recorrência de sintomas.

Monitoramento complementar caso se tenha prescrito metilfenidato para a criança

- » Registre os detalhes da prescrição e da administração.
- » Monitore a possibilidade de uso indevido e de desvio para outro uso.
- » A cada três meses: monitore e registre altura, peso, pressão arterial, efeitos colaterais notificados e mudanças de comportamento.
- » Consulte o especialista se observar efeitos colaterais do medicamento (por exemplo, ausência dos ganhos esperados de peso e altura, elevação da pressão arterial, agitação, ansiedade e insônia grave). 
- » Após um ano de tratamento: consulte o especialista acerca da continuação do metilfenidato.

DEMÊNCIA

A demência é uma síndrome crônica e progressiva decorrente de alterações encefálicas. Embora possa ocorrer em qualquer idade, é mais comum em idosos. É uma causa importante de incapacidade e dependência em idosos de todo o mundo; tem impacto físico, psicológico, social e econômico sobre os cuidadores, as famílias e a sociedade em geral.

As condições causadoras de demência alteram a capacidade mental, a personalidade e o comportamento. São comuns os problemas relacionados à memória e às habilidades necessárias para realizar as atividades diárias. A demência não faz parte do envelhecimento normal. A doença de Alzheimer é a causa mais comum, porém a demência pode ser causada por várias doenças e lesões encefálicas. Com frequência, as pessoas acometidas apresentam episódios de esquecimento ou se sentem deprimidas.

Outros sintomas comuns são a deterioração do controle emocional, do comportamento social ou da motivação. As pessoas com demência podem não ter consciência dessas modificações e não buscar ajuda. Os parentes podem notar problemas de memória, alteração da personalidade ou do comportamento, confusão, perambulação ou incontinência. Entretanto, algumas pessoas com demência e seus cuidadores podem negar ou minimizar o grau da perda de memória e dos problemas associados. A demência acarreta declínio cognitivo e geralmente interfere com as atividades da vida diária, como se lavar, se vestir, comer, fazer a higiene pessoal e usar o banheiro. Embora não haja cura, o diagnóstico precoce e o tratamento de apoio podem melhorar consideravelmente a vida das pessoas com demência e de seus cuidadores, além de otimizar a saúde física, a cognição, a atividade e o bem-estar dos pacientes.

DEM » Panorama rápido



AVALIAÇÃO

- » Avalie se há sinais da demência.
- » Há outras explicações para os sintomas?
 - Descarte o delirium.
 - Descarte a depressão (pseudodemência).
- » Verifique se há outros problemas médicos.
- » Avalie se há sintomas comportamentais ou psicológicos.
- » Descarte outras condições MNS.
- » Avalie as necessidades dos cuidadores.



MANEJO

- » Protocolos de manejo:
 1. Demência – sem sintomas comportamentais ou psicológicos.
 2. Demência – com sintomas comportamentais ou psicológicos.
- »  Intervenções psicossociais.
- »  Intervenções farmacológicas.



SEGUIMENTO

DEM 1 » Avaliação



DICA CLÍNICA:

Entreviste o principal informante (alguém que conheça bem a pessoa) e pergunte sobre alterações recentes de pensamento, raciocínio, memória e orientação. Lapsos de memória ocasionais são comuns em idosos, embora alguns problemas possam ser importantes ainda que pouco frequentes.

Pergunte, por exemplo, se a pessoa esquece com frequência aonde põe as coisas. Às vezes esquece o que aconteceu no dia anterior? Às vezes esquece aonde está?

Pergunte ao informante quando começaram esses problemas e se estão piorando com o passar do tempo.

MANIFESTAÇÕES COMUNS DE DEMÊNCIA

- Declínio ou problemas de memória (esquecimento grave) e de orientação (perda da consciência de tempo, espaço e pessoa).
- Problemas emocionais ou comportamentais como apatia (aparência de desinteresse) ou irritabilidade.
- Perda do controle emocional – facilmente perturbado, irritável ou choroso.
- Dificuldades para realizar as atividades profissionais, domésticas ou sociais habituais.

1

Avalie se há sinais de demência

Há problemas de memória ou orientação?
(por exemplo, esquecer o que aconteceu no dia anterior ou não saber onde está).

NÃO

SIM

É improvável que seja DEMÊNCIA.
» Faça o rastreamento de outras condições MNS.

A pessoa tem dificuldade para realizar funções ou atividades essenciais?
(por exemplo, em atividades diárias como fazer compras, pagar contas, cozinhar, etc.).

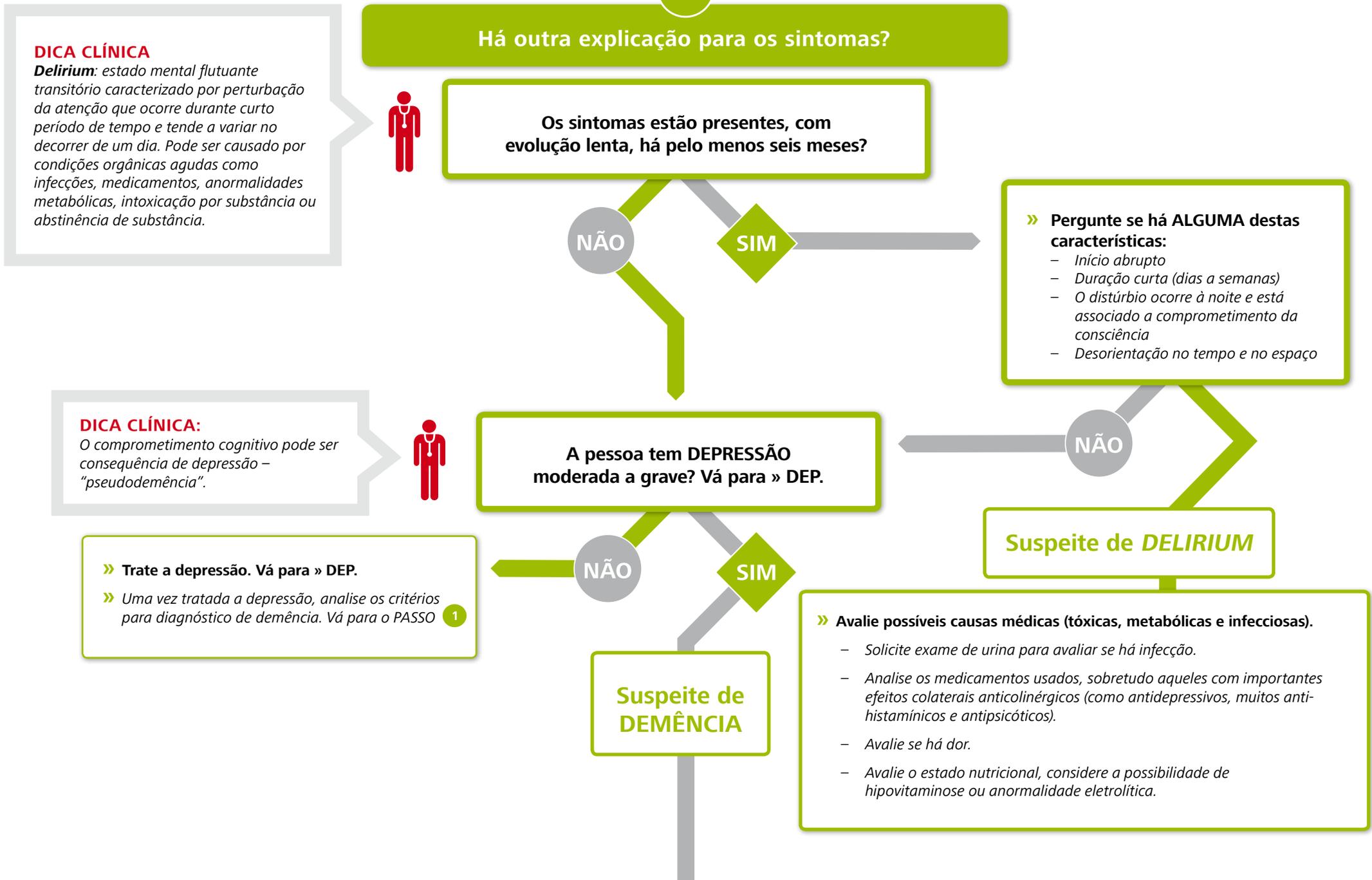
NÃO

SIM

É improvável que seja DEMÊNCIA.
» Faça o rastreamento de outras condições MNS.

DICA CLÍNICA:

Avalie diretamente a memória, a orientação e as habilidades de linguagem mediante um exame neurológico geral, com auxílio de ferramentas culturalmente adaptadas, se disponíveis. Veja Práticas e cuidados essenciais (» PCE).



Avalie se há outros problemas médicos

A pessoa tem **ALGUMA** dessas características?

- » Menos de 60 anos de idade antes do surgimento do sintoma.
- » Início dos sintomas associado a traumatismo cranioencefálico, acidente vascular cerebral ou alteração ou perda da consciência.
- » História clínica de bócio, pulso lento, pele seca (hipotireoidismo).
- » História de infecção sexualmente transmissível (IST), inclusive infecção pelo HIV/Aids.

NÃO

SIM

Características incomuns.

» Encaminhe ao especialista. 

A pessoa tem dieta pobre, má nutrição ou anemia?

NÃO

SIM

» É necessária a fortificação de alimentos e o monitoramento do peso.

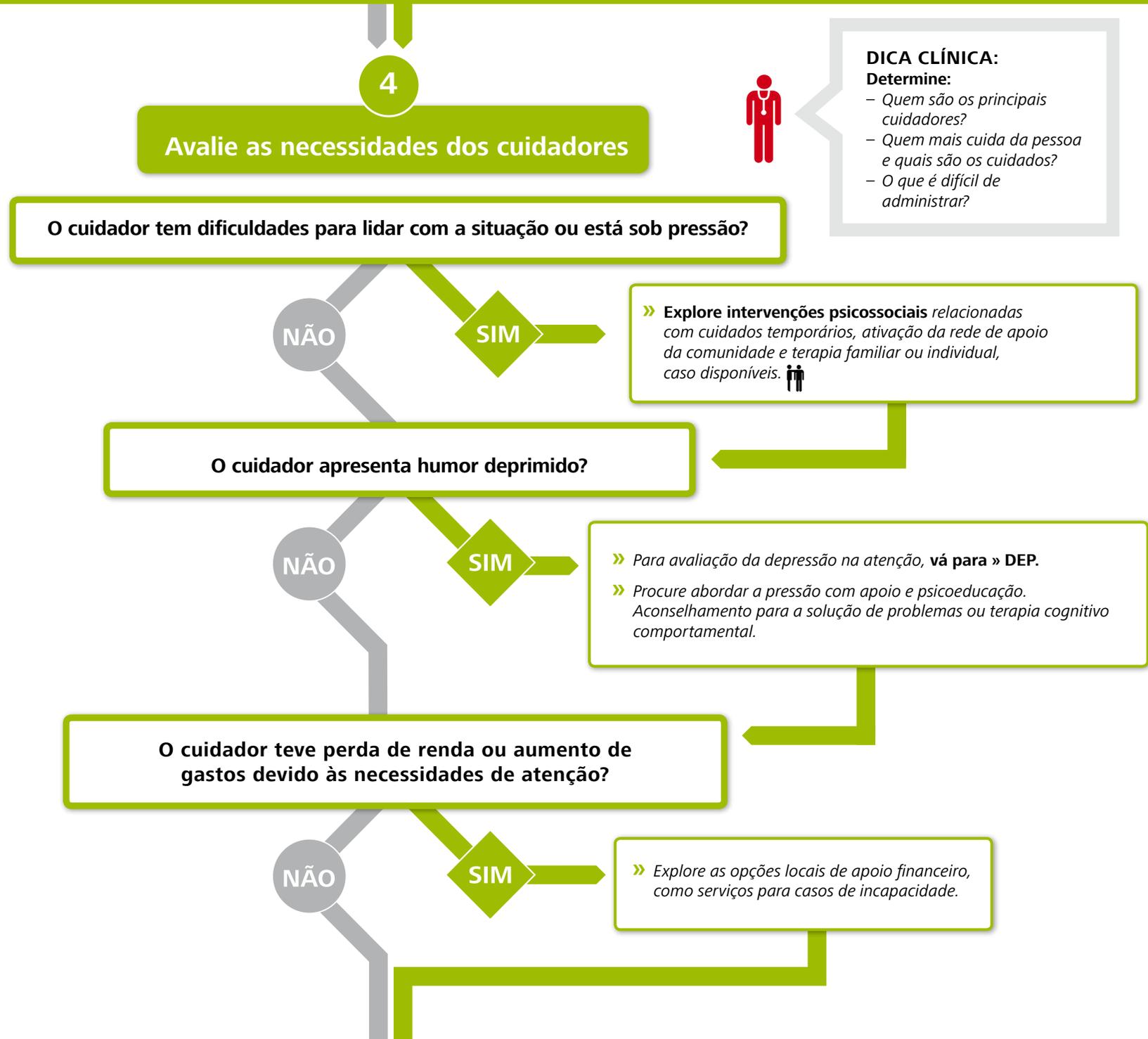
A pessoa tem fatores de risco cardiovasculares?

- Hipertensão arterial.
- Nível elevado de colesterol.
- Diabetes.
- Tabagismo.
- Obesidade.
- Cardiopatia (angina, infarto do miocárdio).
- Antecedentes de acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório (TIA).

NÃO

SIM

- » Encaminhe ao **ESPECIALISTA** apropriado.
- » Reduza os fatores de risco cardiovasculares:
 - Recomende à pessoa que deixe de fumar.
 - Trate a hipertensão arterial.
 - Recomende uma dieta para redução de peso em caso de obesidade.
 - Trate o diabetes.



5

A pessoa tem **ALGUM** dos seguintes sintomas **COMPORAMENTAIS** ou **PSICOLÓGICOS** de demência?

Sintomas comportamentais, por exemplo,

- » *Perambulação.*
- » *Perturbação noturna.*
- » *Agitação.*
- » *Agressão.*

Sintomas psicológicos, por exemplo,

- » *Alucinações.*
- » *Delírios.*
- » *Ansiedade.*
- » *Explosões emocionais incontroláveis.*

SIM

NÃO

» Vá para o **PROTOCOLO 1**

» Vá para o **PROTOCOLO 2**

! SE HOUVER RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO, AVALIE E TRATE antes de continuar para o Protocolo. Vá para » SUI.

SE A PESSOA TIVER OUTRAS CONDIÇÕES MNS CONCOMITANTES, AVALIE E TRATE antes de continuar para o Protocolo.

DEM 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

DEMÊNCIA – sem sintomas comportamentais ou psicológicos

- » *Providencie psicoeducação para a pessoa e os cuidadores. (2.1)* 
- » *Incentive os cuidadores a realizar intervenções que melhorem o funcionamento cognitivo. (2.4)*
- » *Promova a independência, o funcionamento e a mobilidade. (2.3)*
- » *Proporcione apoio aos cuidadores. (2.5)*
- » *Considere a prescrição de medicamentos somente quando for possível fazer o diagnóstico específico de doença de Alzheimer E quando houver apoio e supervisão satisfatórios de especialistas e monitoramento (de efeitos colaterais) por cuidadores. (2.6)*

PROTOCOLO

2

DEMÊNCIA – com sintomas comportamentais ou psicológicos

Aplique o PROTOCOLO 1



- » *Trate os sintomas comportamentais e psicológicos. (2.2)*

Se houver risco iminente para a pessoa ou o cuidador:

- » *Considere a prescrição de medicamentos antipsicóticos se os sintomas persistirem ou se houver risco iminente de dano. (2.7)* 
- » **Encaminhe ao especialista quando disponível.** 

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

2.1 Psicoeducação

- » Pergunte às pessoas com demência avaliadas se desejam saber o diagnóstico e com quem este deve ser compartilhado.
 - Adapte a explicação da enfermidade para que possam compreender e reter as informações.
 - Dê informações básicas. (Não os sobrecarregue com excesso de informações!).
- » Mensagens-chave:
 - A demência é uma enfermidade do encéfalo e tende a piorar com o tempo.
 - Embora não haja cura, existem muitos recursos para ajudar e apoiar a pessoa e a família.
 - Muitas preocupações e comportamentos específicos podem ser controlados à medida que surgirem. Há muito que se pode fazer para promover o bem-estar da pessoa e diminuir o estresse do cuidador.

2.2 Manejo dos sintomas comportamentais e psicológicos

- » Identifique e trate os problemas de saúde física subjacentes que possam afetar o comportamento. Verifique se há dor, infecções ou outras alterações ao exame físico (vá para » PCE). Encaminhe ao especialista se necessário. 
- » Identifique os eventos (por exemplo, compras em mercado cheio) ou fatores (por exemplo, saídas desacompanhado) que podem preceder, desencadear ou intensificar comportamentos problemáticos. Modifique esses fatores desencadeantes se possível.

- » Considere adaptações do ambiente, como assentos apropriados, áreas seguras para perambulação, avisos (por exemplo, “sem saída” na porta da rua ou indicação do banheiro).
- » Promova estratégias para tranquilizar, acalmar ou distrair a pessoa. Sugira uma atividade que ela considere prazerosa (por exemplo, caminhar, ouvir música, conversar), sobretudo quando estiver agitada.

2.3 Promoção do funcionamento nas atividades da vida diária (AVD) e na vida comunitária

- » Para consultar as intervenções que promovem o funcionamento nas AVD e na vida comunitária, vá para » PCE.
- » Planeje as AVD de maneira a maximizar a atividade independente, melhorar a função, ajudar a adaptar e desenvolver habilidades e minimizar a necessidade de apoio. Facilite o funcionamento e a participação na comunidade com inclusão das pessoas e de seus cuidadores no planejamento e na execução dessas intervenções. Ajude no contato com os recursos sociais disponíveis.
 - Oriente a manter as habilidades para a higiene íntima independente, inclusive a estimulação e o controle da ingestão de líquido. (Se houver incontinência, devem-se avaliar todas as causas possíveis e experimentar tratamentos antes de concluir que é permanente).
 - Mantenha seguro o ambiente doméstico para reduzir o risco de queda e lesão.
 - Informe à família que é importante manter desimpedido o assoalho da casa para reduzir o risco de quedas.
 - Recomende que se façam adaptações em casa. Pode ser útil instalar corrimãos ou rampas. Placas indicativas das

áreas principais (por exemplo, lavabo, banheiro, quarto) ajudam a pessoa a não se perder ou ficar desorientada dentro de casa.

- Recomende a prática de atividade física e exercícios para manter a mobilidade e reduzir o risco de quedas.
- Aconselhe a realização de atividades recreativas (adequados para o estágio e o grau de demência).
- Corrija os déficits sensitivos (como baixa visão ou deficiência auditiva) com dispositivos apropriados (por exemplo, lupa, aparelhos auditivos).
- Encaminhe a pessoa à terapia ocupacional, caso disponível.

2.4 Intervenções para melhorar o funcionamento cognitivo

- » Incentive os cuidadores a:
 - » Oferecer com regularidade informações de orientação (por exemplo, dia, data, hora, nome de pessoas) para que a pessoa com demência se mantenha orientada.
 - » Usar recursos como jornais, rádio ou programas de televisão, álbuns familiares e elementos domésticos para promover a comunicação, orientar a pessoa em relação aos acontecimentos atuais, estimular recordações e permitir que ela compartilhe e valorize suas experiências.
 - » Usar frases simples e curtas para que a comunicação verbal seja clara. Procurar reduzir ao mínimo os ruídos concorrentes, como rádio, televisão ou outras conversas. Escutar atentamente o que a pessoa tem a dizer.
 - » Simplificar, evitar mudanças na rotina e, na medida do possível, evitar expor a pessoa a lugares desconhecidos e que causem confusão.

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS (cont.)

2.5 Apoio ao cuidador

- » *Avalie o impacto sobre o cuidador e suas necessidades para assegurar o apoio e os recursos necessários para sua vida familiar, seu emprego, suas atividades sociais e sua saúde (ver » DEM 1).*
- » *Reconheça que pode ser extremamente frustrante e estressante cuidar de pessoas com demência. **Os cuidadores devem ser incentivados a respeitar a dignidade do portador de demência e a evitar a hostilidade e a negligência com relação à pessoa.***
- » *Incentive as cuidadores a buscar ajuda em caso de dificuldade ou pressão ao cuidar de seu ente querido.*
- » *Forneça ao cuidador informações sobre a demência, tendo em mente os desejos da pessoa com demência.*
- » *Providencie capacitação e apoio em habilidades específicas, por exemplo, manejo de comportamento difícil, caso necessário. Para aumentar a efetividade, promova a participação ativa, como em atividades de representação de papéis.*
- » *Considere o apoio prático quando possível, como um cuidador temporário que vá à casa da pessoa. Outro parente ou uma pessoa apropriada pode supervisionar e cuidar da pessoa com demência para dar ao cuidador principal um tempo para descansar ou fazer outras atividades.*
- » *Verifique se a pessoa tem direito a algum benefício por incapacidade ou outro tipo de apoio social ou financeiro (governamental ou não governamental).*

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

2.6 Demência sem sintomas comportamentais ou psicológicos

- »  *Não considere a prescrição de rotina de inibidores de colinesterase (como donepezila, galantamina e rivastigmina) ou memantina em todos os casos de demência.*
- » *Considere a prescrição de medicamentos somente nas situações em que for possível fazer o diagnóstico específico de doença de Alzheimer E houver **apoio e supervisão adequados por especialistas** e monitoramento (dos efeitos colaterais e da resposta) por cuidadores.*

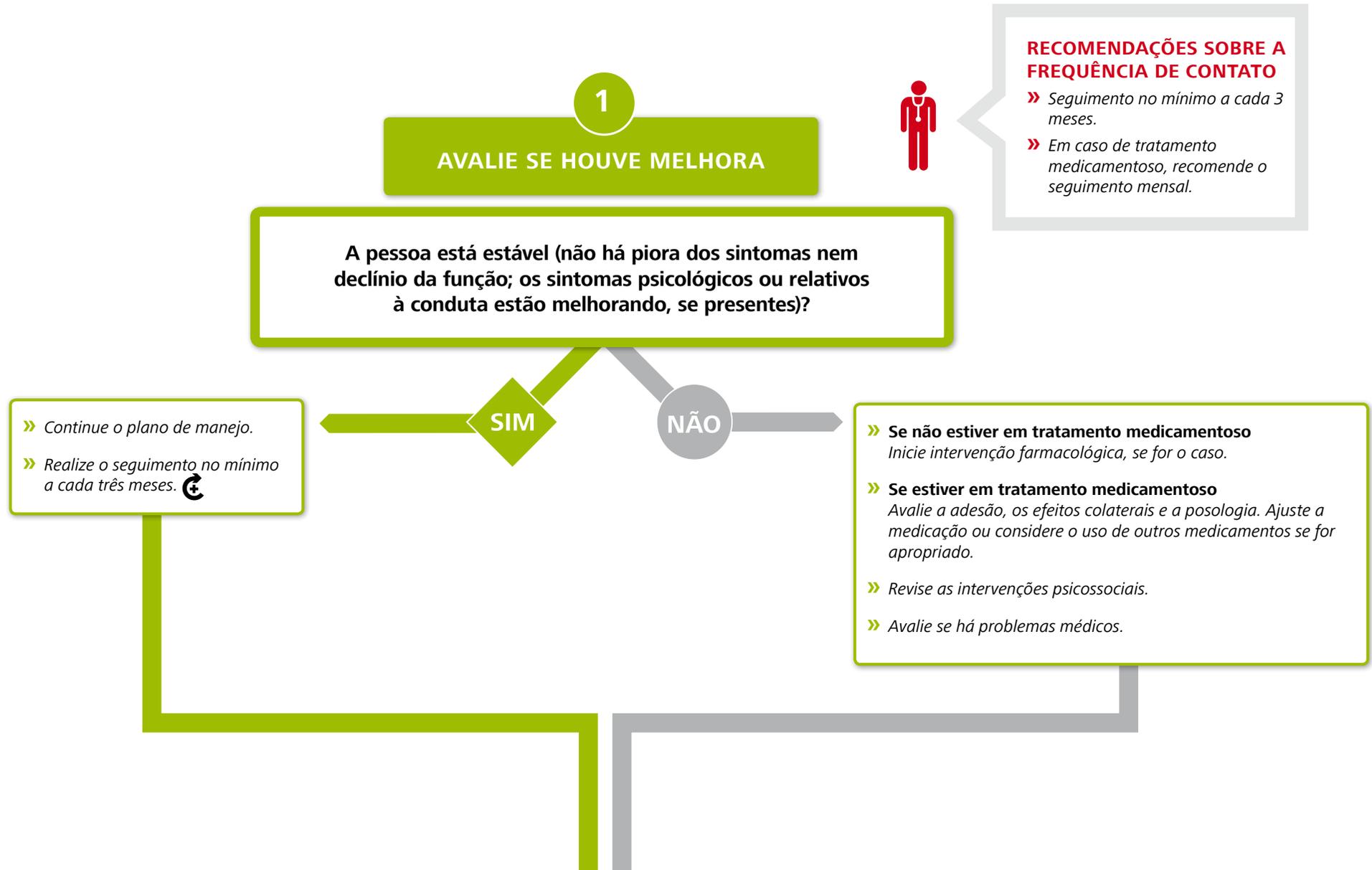
Se pertinente:

- » *Nos casos de demência com suspeita de doença de Alzheimer, e com MONITORAMENTO RIGOROSO, considere a prescrição de inibidores de colinesterase (por exemplo, donepezila, galantamina, rivastigmina) OU memantina.*
- » *Nos casos de demência com vasculopatia associada, considere a prescrição de memantina.*

2.7 Medicamentos antipsicóticos para controle de sintomas comportamentais ou psicológicos

- » *Institua primeiro as intervenções psicossociais.*
- » *Se houver risco iminente para a pessoa ou os cuidadores, considere a prescrição de medicamento antipsicótico. Vá para » PSI 2, Manejo e consulte os detalhes sobre medicamentos antipsicóticos.*
- » *Siga esses princípios:*
 - *“Inicie com uma dose baixa e aumente lentamente” (ajuste gradual da dose) e avalie a necessidade periodicamente (pelo menos uma vez por mês).*
 - *Use a menor dose efetiva.*
 - *Monitore para detectar sintomas extrapiramidais (SEP).*
- »  *Evite a prescrição de haloperidol por via intravenosa.*
- »  *Evite a prescrição de diazepam.*

DEM 3 » Seguimento



2

FAÇA AVALIAÇÕES DE ROTINA

Em cada consulta, siga uma rotina de avaliar e abordar os seguintes aspectos:

- » **Efeitos colaterais dos medicamentos**
No caso de tratamento com antipsicóticos, verifique se há sintomas extrapiramidais (Vá para PSI). Suspenda o medicamento ou reduza a dose se esses sintomas estiverem presentes.
- » **Comorbidades médicas e MNS.**
- » **Capacidade de participar das atividades da vida diária e eventuais necessidades de atenção.**
- » **Riscos para a segurança;** *recomende modificações de comportamento apropriadas se a doença tiver progredido (por exemplo, limitar a condução de veículos, o preparo de alimentos, etc.).*
- » **Novos sintomas comportamentais ou psicológicos.**
- » **Sintomas de depressão** *(vá para » DEP) ou risco iminente de autoagressão ou suicídio* *(vá para » SUI).*
- » **Necessidades dos cuidadores.**

3

PROVIDENCIE INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

- » **Continue a promover o funcionamento e providencie educação psicossocial.** 
Ver detalhes em » DEM 2.1-2.5 e » PCE.

TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Os transtornos por uso de substâncias abrangem tanto os transtornos por consumo de drogas e álcool quanto outras condições, inclusive a intoxicação aguda, a overdose e a abstinência.

A **INTOXICAÇÃO AGUDA** é uma condição transitória ocorrida após o consumo de uma substância psicoativa que causa perturbações da consciência, da cognição, da percepção, do afeto ou do comportamento.

A **OVERDOSE** é o uso de qualquer droga ou medicamento em quantidade que provoque efeitos adversos agudos físicos ou mentais.

A **ABSTINÊNCIA** é a presença de um conjunto de sintomas desagradáveis após a abrupta cessação ou redução da dose de uma substância psicoativa, que foi consumida em doses suficientemente elevadas e por um tempo suficientemente longo para causar

dependência física ou mental. Os sintomas de abstinência são basicamente opostos aos produzidos pela própria substância psicoativa.

O **USO PREJUDICIAL** é um padrão de uso de substâncias psicoativas que causa danos à saúde. Esses danos podem ser físicos, como uma doença hepática, ou mentais, como episódios de transtorno depressivo. Com frequência, está associado a consequências sociais, como problemas familiares ou profissionais.

A **DEPENDÊNCIA** é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância psicoativa passa a ser uma prioridade muito maior para determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. É caracterizada por desejo irresistível de usar a substância e perda do controle sobre o uso. Com frequência, está associada a altos níveis de uso da substância e a um estado de abstinência com a interrupção do uso.

SUB » Panorama rápido



AVALIAÇÃO

» AVALIAÇÃO DE EMERGÊNCIA: Há suspeita de intoxicação ou abstinência?

- A pessoa parece sedada?
- A pessoa parece superestimulada, ansiosa ou agitada?
- A pessoa parece confusa?

» A pessoa usa substâncias psicoativas?

» Há uso prejudicial?

» A pessoa é dependente de alguma substância?



MANEJO

» Protocolos de manejo:

1. Uso prejudicial.
2. Dependência.
3. Abstinência de álcool.
4. Abstinência de opioides.
5. Tratamento de manutenção com agonistas opioides.
6. Abstinência de benzodiazepínicos.

» Intervenções psicossociais

» Intervenções farmacológicas



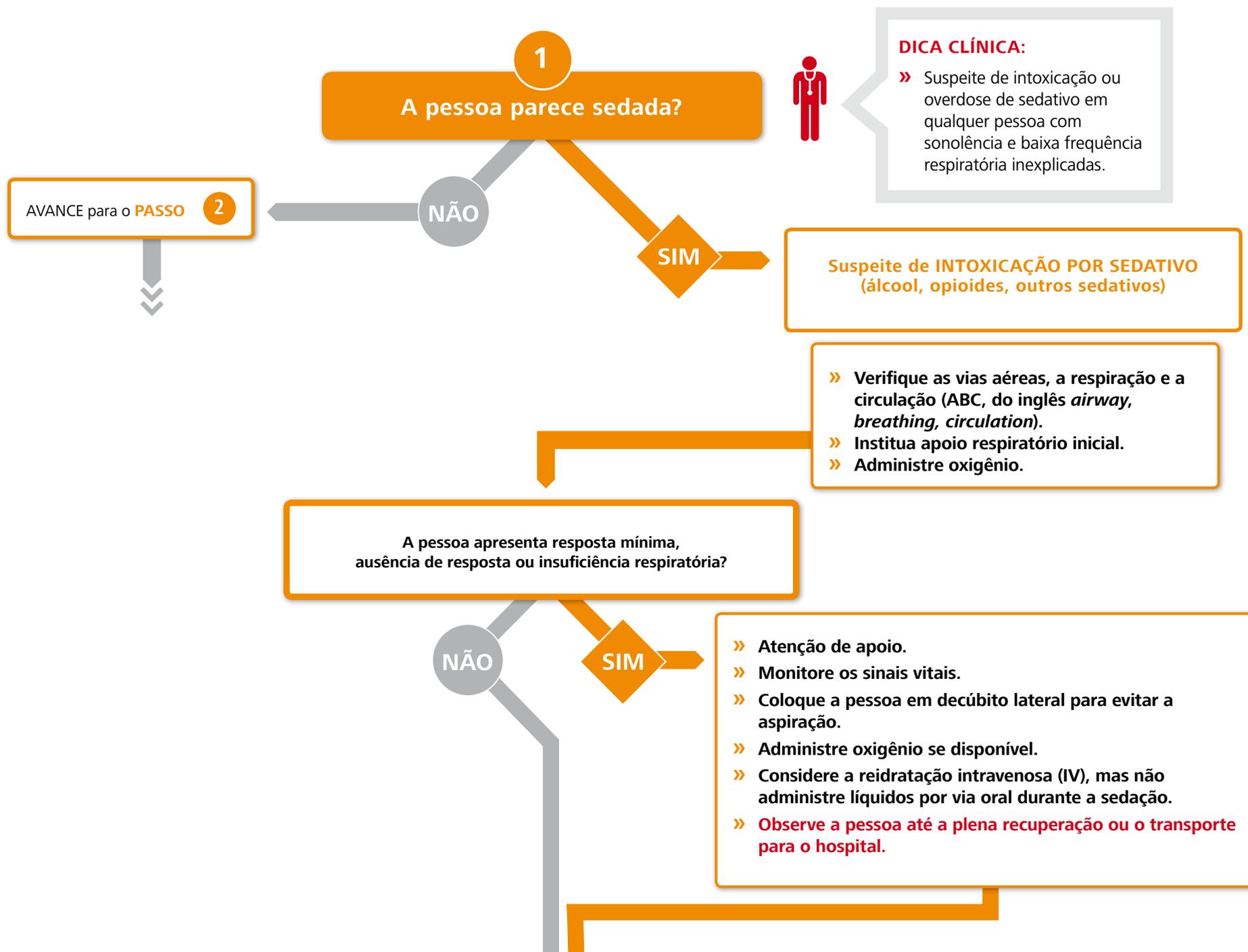
SEGUIMENTO

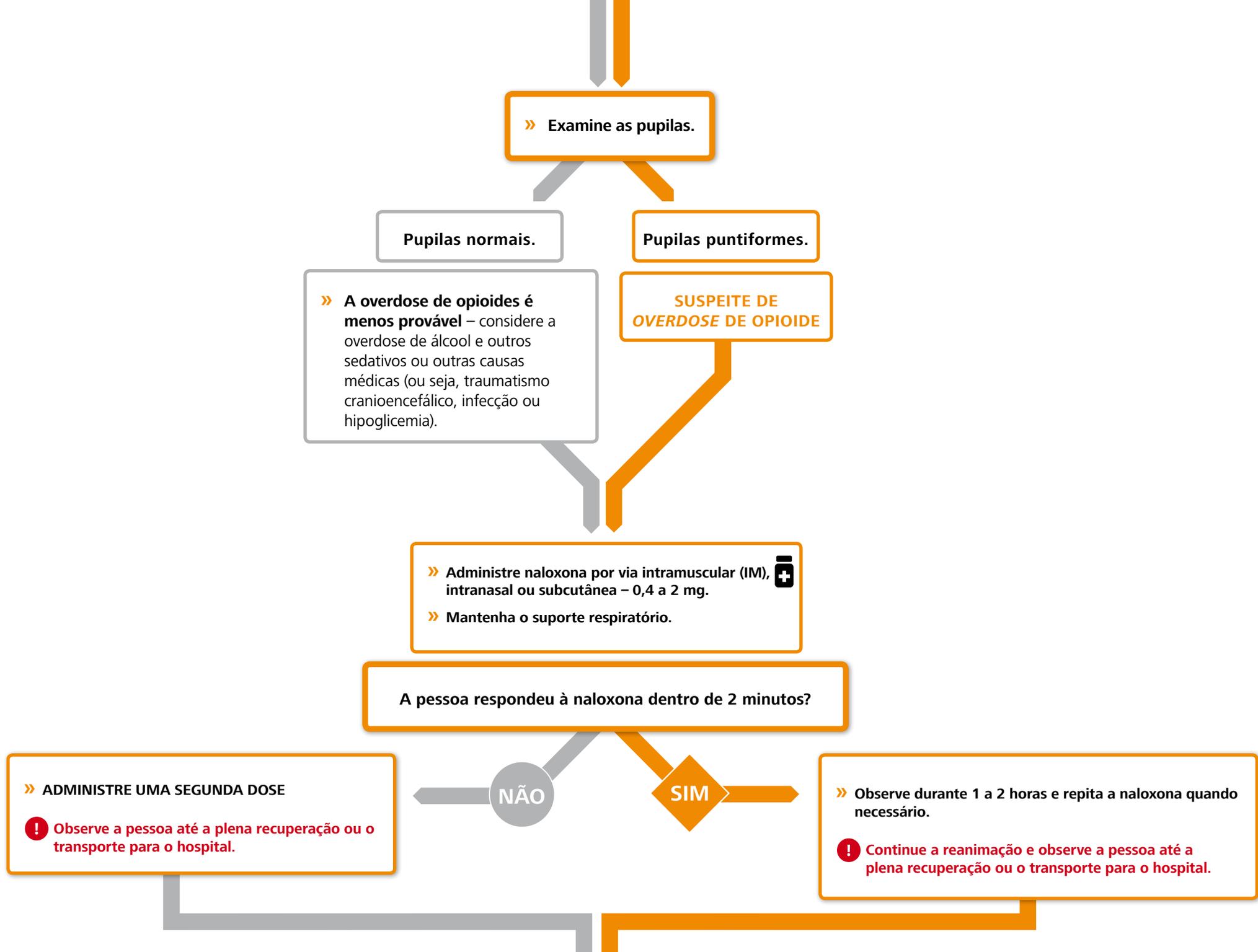
SUB » EMERGÊNCIA

Se não houver emergência, vá para »SUB 1, Avaliação.

MANIFESTAÇÕES DE CASOS DE EMERGÊNCIA DE TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

- **Intoxicação por álcool:** *hálito alcoólico, fala arrastada, comportamento desinibido; perturbação do nível de consciência, da cognição, da percepção, do afeto ou do comportamento.*
- **Overdose de opioide:** *ausência de resposta ou resposta mínima, baixa frequência respiratória e pupilas puntiformes.*
- **Abstinência de álcool ou outro sedativo:** *tremor das mãos, sudorese, vômitos, aumento da frequência de pulso e da pressão arterial, agitação, cefaleia, náuseas, ansiedade; crises convulsivas e confusão em casos graves.*
- **Intoxicação por estimulante:** *midríase, excitação, pensamentos acelerados, desorganização do pensamento, comportamento estranho, uso recente de substâncias psicoativas, aumento da frequência de pulso e da pressão arterial, comportamento agressivo, errático ou violento.*
- **Delirium associado ao uso de substâncias:** *confusão, alucinação, pensamentos acelerados, ansiedade, agitação, desorientação, tipicamente em associação com intoxicação por estimulante ou abstinência de álcool (ou outro sedativo).*





2
A pessoa parece estar superestimulada, ansiosa ou agitada?

SIM

NÃO

AVANCE para o PASSO 3

AVALIE E TRATE A – D

A pessoa parou de beber ou de usar sedativos recentemente e agora apresenta um desses sinais: tremor, sudorese, vômitos, aumento da pressão arterial (PA) e da frequência cardíaca e agitação.

Suspeite de
**ABSTINÊNCIA DE
ÁLCOOL,
BENZODIAZEPÍNICOS
OU OUTRO SEDATIVO**

» **TRATE A ABSTINÊNCIA**

- Em caso de tremor, sudorese ou alterações dos sinais vitais, administre 10 a 20 mg de diazepam por via oral (VO) e transfira a pessoa para um hospital ou centro de desintoxicação se possível.
- Observe e repita as doses, de acordo com a necessidade, caso persistam os sinais de abstinência (tremor, sudorese, aumento da PA e da frequência cardíaca).
- Somente na abstinência de álcool: administre tiamina, em dose de 100 mg/dia durante cinco dias.



TRANSFIRA IMEDIATAMENTE PARA UM HOSPITAL

caso ocorram:

- Outros problemas médicos graves, como encefalopatia hepática, hemorragia digestiva ou traumatismo cranioencefálico.
- Crises convulsivas: administre primeiro diazepam, em dose de 10 a 20 mg por via oral, intravenosa ou retal.
- *Delirium*: administre primeiro diazepam, em dose de 10 a 20 mg por via oral, intravenosa ou retal. Se o quadro for grave e não houver melhora com diazepam, administre um medicamento antipsicótico como o haloperidol, em dose de 1 a 2,5 mg por via oral ou intramuscular. Continue a tratar outros sinais de abstinência (tremor, sudorese, alterações dos sinais vitais) com diazepam por via oral, intravenosa ou retal.

A pessoa usou recentemente estimulantes (cocaína, estimulantes tipo anfetamina ou outros estimulantes) e apresenta um desses sinais: midríase, ansiedade, agitação, estado de hiperexcitabilidade, pensamentos acelerados, aumento da frequência de pulso e da pressão arterial.

Suspeite de INTOXICAÇÃO AGUDA POR ESTIMULANTE

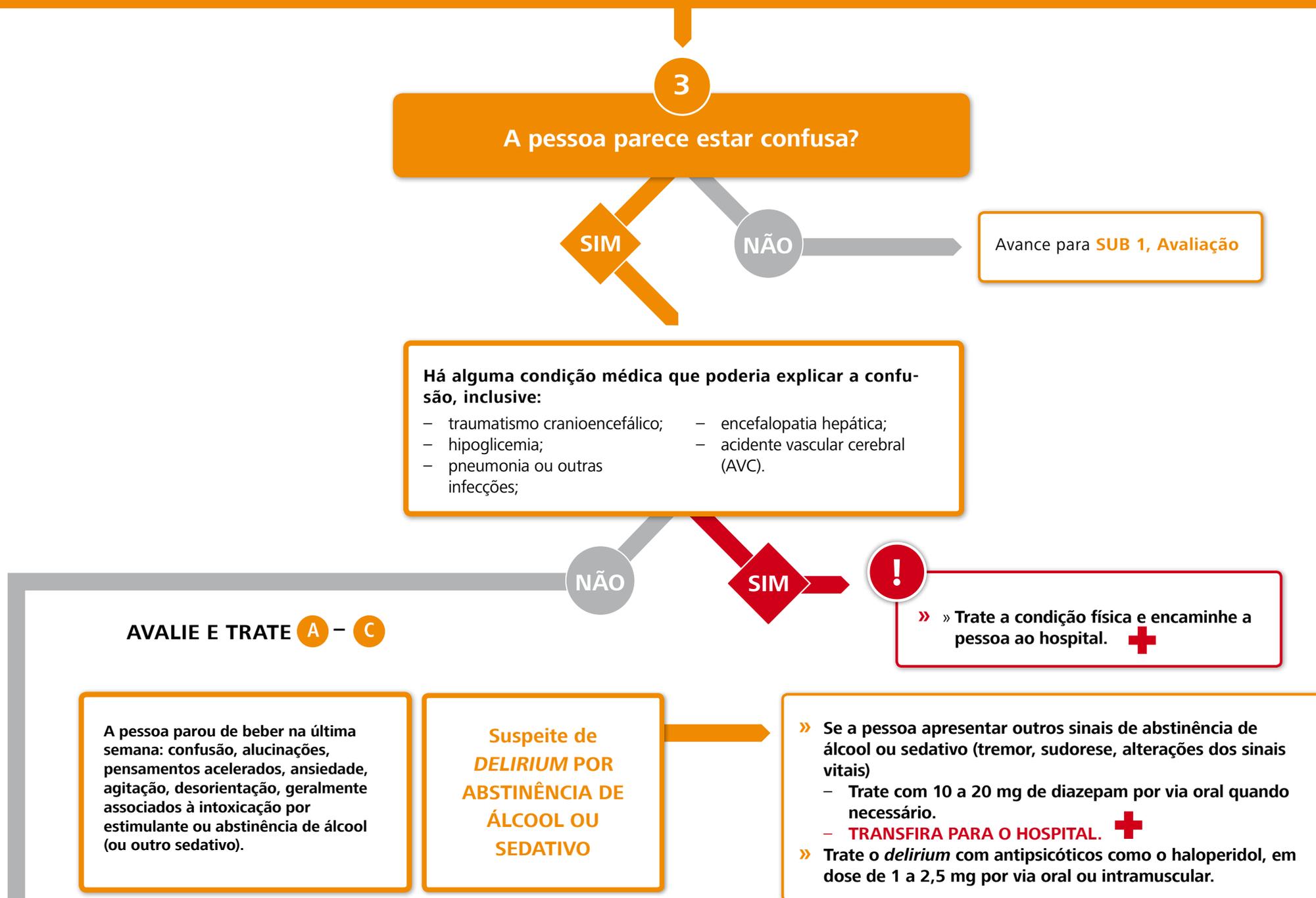
- » Administre 5 a 10 mg de diazepam por via oral, intravenosa ou retal, com aumento gradual da dose até que a pessoa esteja calma e levemente sedada.
- » Se não houver melhora dos sintomas psicóticos com diazepam, considere a administração de medicamento antipsicótico, como o haloperidol em dose de 1 a 2,5 mg por via oral ou intramuscular. **Trate até o desaparecimento dos sintomas. Se os sintomas persistirem, vá para » PSI.**
- » Para o manejo de pessoas com comportamento agressivo ou agitado, vá para » **PSI, Tabela 5.**
- » Se a pessoa tiver dor torácica, taquiarritmias ou outros sinais neurológicos **TRANSFIRA PARA O HOSPITAL. +**
- » **Durante a fase pós-intoxicação, esteja alerta a pensamentos ou ações suicidas. Em caso de pensamentos suicidas, vá para » SUI.**

A pessoa deixou de usar opioides recentemente e apresenta um desses sinais: midríase, dores musculares, cólicas abdominais, cefaleia, náuseas, vômitos, diarreia, lacrimejamento, coriza, ansiedade e inquietude.

Suspeite de ABSTINÊNCIA AGUDA DE OPIOIDE

- » **TRATE A ABSTINÊNCIA DE OPIOIDE**
 - Metadona, em dose de 20 mg, com uma dose complementar de 5 a 10 mg 4 horas depois se necessário.
 - Buprenorfina, em dose de 4 a 8 mg, com uma dose complementar 12 horas depois se necessário.
 - Caso não se disponha de metadona ou buprenorfina, pode-se usar qualquer opioide na situação aguda, como sulfato de morfina, em dose inicial de 10 a 20 mg, com uma dose extra de 10 mg se necessário. Considere também a administração de um agonista alfa-adrenérgico, como a clonidina ou lofexidina.
- » **Depois de estabilizar o paciente, vá para SUB 2**

DESCARTE OUTRAS CAUSAS MÉDICAS E CONDIÇÕES MNS PRIORITÁRIAS.



A pessoa bebeu excessivamente nos últimos dias e apresenta um desses sinais:

- nistagmo (movimento involuntário, rápido e repetitivo dos olhos);
- oftalmoplegia (fraqueza ou paralisia de um ou mais dos músculos que controlam o movimento dos olhos);
- ataxia (movimentos não coordenados).

Suspeite de ENCEFALOPATIA DE WERNICKE

- » Trate com 100 a 500 mg de tiamina 2 a 3 vezes ao dia, por via intravenosa ou intramuscular, durante 3 a 5 dias.
- » **TRANSFIRA PARA O HOSPITAL.** 

C

A pessoa usou estimulantes nos últimos dias: midríase, excitação, pensamentos acelerados, desorganização do pensamento, comportamento estranho, uso recente de substâncias psicoativas, aumento da frequência de pulso e da pressão arterial, comportamento agressivo, errático ou violento.

Suspeite de INTOXICAÇÃO POR ESTIMULANTE OU ALUCINÓGENO

- » Trate com 5 a 10 mg de diazepam por via oral, intravenosa ou retal até que o paciente esteja levemente sedado.
- » Se **não houver melhora** dos sintomas psicóticos **com o diazepam, considere a administração de um antipsicótico como o haloperidol, em dose de 1 a 2,5 mg por via oral ou intramuscular.**
- » Se os sintomas psicóticos persistirem, vá para » **PSI**.

DICA CLÍNICA:

- » Depois do manejo da emergência, vá para » **SUB 1**, Avaliação, e » **SUB 2**, **Protocolos de manejo 1 a 6**, conforme apropriado.

SUB 1 » Avaliação

MANIFESTAÇÕES COMUNS DOS TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

- *A pessoa parece afetada por álcool ou outra substância (por exemplo, odor de álcool, fala arrastada, sedação, comportamento errático).*
- *Sinais de uso de recente de drogas (marcas recentes de injeção, infecção cutânea).*
- *Sinais e sintomas de efeitos comportamentais agudos, manifestações de abstinência ou efeitos de uso prolongado (ver Quadro 1).*
- *Deterioração do funcionamento social (ou seja, dificuldades no trabalho ou em casa, aparência desleixada).*
- *Sinais de hepatopatia crônica (anormalidade das enzimas hepáticas), pele e olhos ictericos (amarelados), borda hepática palpável e dolorosa à palpação (na hepatopatia inicial), ascite (abdome distendido por líquido), nevos aracniformes (vasos sanguíneos semelhantes a aranhas visíveis na superfície da pele) e alteração do estado mental (encefalopatia hepática).*
- *Problemas relacionados com o equilíbrio, a marcha e os movimentos coordenados, além de nistagmo.*
- *Achados incidentais: anemia macrocítica, baixa contagem de plaquetas, volume corpuscular médio (VCM) aumentado.*
- *Quadro emergencial decorrente de abstinência da substância, overdose ou intoxicação. A pessoa pode parecer sedada, superestimulada, agitada, ansiosa ou confusa.*
- **As pessoas com transtornos por uso de substâncias podem não relatar problemas de uso de substâncias. Investigue:**
 - *solicitações recorrentes de medicamentos psicoativos, inclusive analgésicos;*
 - *lesões;*
 - *infecções associadas ao uso de medicamentos intravenosos (infecção pelo HIV/Aids, hepatite C).*



DICA CLÍNICA:

- » Evite estereótipos! Todas as pessoas que procuram os estabelecimentos de saúde devem ser questionadas sobre o tabagismo e o consumo de álcool.

QUADRO 1: SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: EFEITOS COMPORTAMENTAIS AGUDOS, MANIFESTAÇÕES DE ABSTINÊNCIA E EFEITOS DO USO PROLONGADO

	EFEITOS COMPORTAMENTAIS AGUDOS	MANIFESTAÇÕES DE ABSTINÊNCIA	EFEITOS DO USO PROLONGADO
Álcool	Hábito alcoólico, fala arrastada, comportamento desinibido, agitação, vômito, marcha instável	Tremores, movimentos involuntários, náuseas e vômitos, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, crises convulsivas, agitação, confusão, alucinações Pode ser fatal.	Perda de volume encefálico, redução da capacidade cognitiva, comprometimento do discernimento, perda de equilíbrio, fibrose hepática, gastrite, anemia, aumento do risco de alguns cânceres e vários outros problemas médicos
Benzodiazepínicos	Fala arrastada, comportamento desinibido, marcha instável	Ansiedade, insônia, tremores, movimentos involuntários, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, náuseas e vômitos, crise convulsivas, agitação, confusão, alucinações. Pode ser fatal.	Comprometimento da memória, aumento do risco de queda em idosos, risco de overdose fatal de sedativo.
Opioides	Pupilas puntiformes, sonolência e adormecimento, diminuição do nível de consciência, fala lenta.	Midríase, ansiedade, náuseas, vômitos, diarreia, cólicas abdominais, dores musculares, cefaleia, lacrimejamento e coriza, bocejos, piloereção nos braços, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial.	Constipação intestinal, risco de overdose fatal de sedativo, hipogonadismo, adaptações das respostas de recompensa, aprendizado e estresse.
Tabaco	Excitação, aumento da atenção, concentração e memória; redução da ansiedade e do apetite; efeitos similares aos dos estimulantes.	Irritabilidade, hostilidade, ansiedade, disforia, humor deprimido, aumento da frequência cardíaca, aumento de apetite.	Doença pulmonar (em fumantes), doença cardiovascular, risco de câncer e outros efeitos para saúde.
Cocaína, metanfetaminas e estimulantes tipo anfetamina	Midríase, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, excitação, euforia, hiperatividade, fala rápida, pensamentos acelerados, desorganização do pensamento, paranoia, comportamento agressivo, errático, violento.	Fadiga, aumento do apetite, depressão, irritabilidade. Atenção a pensamentos suicidas.	Hipertensão, aumento do risco de acidente vascular cerebral (AVC), arritmias, cardiopatia, ansiedade, depressão.
Khat	Estado de alerta, euforia e excitação leve.	Letargia, humor deprimido, irritabilidade.	Os usuários costumam passar uma parte considerável do dia mascando folhas de khat; constipação intestinal, risco de problemas de saúde mental como psicose.
Cânabis	Pupilas normais, conjuntivas vermelhas, atraso da capacidade de resposta, euforia, relaxamento.	Humor deprimido ou lábil, ansiedade, irritabilidade, perturbação do sono (pode não haver nenhuma manifestação claramente observável).	Aumento do risco de problemas de saúde mental, inclusive ansiedade, paranoia e psicose, falta de motivação, dificuldade de concentração, aumento do risco de vasoespasmo e consequente infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.
Tramadol	Efeitos opioides (sedação, euforia, etc.) seguidos de efeitos estimulantes (excitação e, em doses altas, crise convulsivas).	Predomínio de efeitos de abstinência de opioides, mas também alguns sintomas de abstinência de inibidor da recaptção de serotonina e norepinefrina (IRSN) (humor deprimido, letargia).	Dependência de opioide, risco de crises convulsivas, perturbação do sono.
Solventes voláteis	Tontura, desorientação, euforia, atordoamento, elevação do humor, alucinações, delírios, falta de coordenação, distúrbios visuais, ansíolise, sedação	Aumento da sensibilidade a crises convulsivas.	Diminuição da função cognitiva e demência, neuropatia periférica, outras sequelas neurológicas, aumento do risco de arritmias causadoras de morte súbita.
Alucinógenos	Aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da temperatura corporal; diminuição do apetite, náuseas, vômitos, falta de coordenação motora, midríase, alucinações.	Não há dados.	Episódios psicóticos agudos ou crônicos, flashbacks ou revivência de efeitos da droga muito tempo depois do término do uso.
MDMA	Aumento da autoconfiança, empatia, compreensão, sensação de intimidade, comunicação, euforia, energia.	Náuseas, rigidez muscular, cefaleia, perda de apetite, visão borrada, boca seca, insônia, depressão, ansiedade, fadiga, dificuldade de concentração.	Neurotóxico, tem consequências comportamentais e fisiológicas, depressão.

1

A pessoa usa alguma substância?

Pergunte sobre o uso de tabaco, álcool e medicamentos psicoativos de venda controlada. Dependendo da situação e do quadro clínico, considere a possibilidade de perguntar sobre o uso de cânabis e outras substâncias.



DICA CLÍNICA:

Durante a anamnese, pergunte:

- » Como começou a usar substâncias?
- » Quando começou a usá-las?
- » O que estava acontecendo em sua vida nesse momento?
- » Alguém de sua família ou círculo social usa substâncias?
- » Tentou reduzir o uso? Por quê? O que aconteceu?

- » Destaque os benefícios para a saúde de não usar substâncias psicoativas.

» **SAIA DO MÓDULO**

NÃO

SIM

2

O uso da substância é prejudicial?

Para cada substância usada, avalie:

A **Frequência e quantidade de uso.** (Dica: pergunte "Quantos dias por semana você usa essa substância? Que quantidade usa por dia?")

B **Comportamentos prejudiciais.** (Dica: pergunte "O uso da substância causa algum problema a você?")

- Lesões e acidentes.
- Condução de veículos em estado de intoxicação.
- Injeção de drogas, compartilhamento de agulhas, reutilização de agulhas.

- Problemas de relacionamento causados pelo uso.
- Atividade sexual em estado de intoxicação que foi arriscada ou da qual se arrependeu depois.
- Problemas legais ou financeiros.

- Incapacidade de cuidar com responsabilidade dos filhos.
- Violência contra outras pessoas.
- Baixo rendimento na escola e no trabalho.
- Baixo rendimento em funções sociais esperadas (por exemplo, criação dos filhos).

NÃO

SIM



Guarde as respostas para uso posterior durante a avaliação.

3

A DEPENDÊNCIA é provável?

Para cada substância usada, pergunte sobre as seguintes características de dependência:

- Altos níveis de *uso frequente da substância*.
- **Fissura** ou compulsão para usar a substância.
- Dificuldade de **controlar sozinho** o uso dessa substância apesar dos riscos e das consequências prejudiciais.
- Níveis crescentes de **tolerância** ao uso e sintomas de **abstinência** ao interromper o uso.

DICA CLÍNICA:

Os padrões de uso de substâncias sugestivos de dependência são:

TABACO: várias vezes ao dia, frequentemente começando de manhã.

ÁLCOOL: mais de 6 doses por vez e consumo diário.

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: uso de dose maior que a prescrita e mentiras para conseguir prescrições.

CÂNABIS: pelo menos 1 g diariamente.

NÃO

SIM

» Prossiga para o **PROTOCOLO 2**

! SE HOUVER RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO, AVALIE E TRATE antes de continuar para o Protocolo (Vá para » SUI).

O uso da substância é prejudicial?

Ver resposta no Passo 2 anterior.

NÃO

SIM

- » Providencie psicoeducação sobre os riscos de diferentes níveis de uso de cada substância consumida.
- » **SAIA DO MÓDULO**

» Prossiga para o **PROTOCOLO 1**

! SE HOUVER RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO, AVALIE E TRATE antes de continuar para o Protocolo (Vá para » SUI).

SUB 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

Uso prejudicial

- » Providencie psicoeducação e enfatize que o nível ou padrão de uso da substância está causando danos à saúde. 
- » Explore as motivações da pessoa para usar substâncias. Realize entrevista motivacional. (Ver **INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL BREVE – ENTREVISTA MOTIVACIONAL (2.2)**).
- » Recomende abandonar por completo o uso da substância ou usá-la em nível não prejudicial, caso exista. Deixe clara sua intenção de apoiar a pessoa nesse processo. Pergunte se ela está pronta para fazer essa mudança.
- » Explore **ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR OU ABANDONAR O USO (2.3)** e **ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR OS DANOS (2.5)**.
- » Aborde as necessidades de alimentos, moradia e emprego.
- » Faça o seguimento. 
- » No caso de adolescentes  ou mulheres  em idade reprodutiva, grávidas ou lactantes, ver **POPULAÇÕES ESPECIAIS**.

PROTOCOLO

2

Dependência

SE A PESSOA FOR DEPENDENTE DE OPIOIDES:

- » O tratamento de manutenção geralmente é mais efetivo que a desintoxicação.
- » Avalie o grau de dependência e, se for o caso, providencie o tratamento de manutenção com agonistas opioides, também conhecido como terapia de substituição de opioides (TSO), após a desintoxicação ou encaminhe a pessoa a outro estabelecimento de saúde para esse tratamento. Vá para o **PROTOCOLO 5 (Tratamento de manutenção com agonistas opioides)**.
- » Nos demais casos, organize a desintoxicação planejada, se necessário. Vá para o **PROTOCOLO 4 (Abstinência de opioides)**.

SE A PESSOA FOR DEPENDENTE DE BENZODIAZEPÍNICOS:

- » A interrupção súbita do uso pode provocar crises convulsivas e *delirium*. Considere a redução gradual da dose do benzodiazepínico com dispensação supervisionada ou uma redução mais rápida em regime de internação. Vá para o **PROTOCOLO 6 (Abstinência de benzodiazepínicos)**.

SE A PESSOA FOR DEPENDENTE DE ÁLCOOL:

- » A interrupção súbita do consumo de álcool pode provocar crises convulsivas e *delirium*; entretanto, facilite o processo se a pessoa estiver disposta a deixar de ingerir bebidas alcoólicas. Determine a situação apropriada para abandonar o consumo de álcool e organize a desintoxicação em regime de internação, se necessário. Vá para o **PROTOCOLO 3 (Abstinência de álcool)**.
- » Prescreva tiamina, em dose de 100 mg/dia por via oral. 
- » Considere a intervenção farmacológica para prevenção da recaída no alcoolismo; entre os medicamentos usados estão o acamprosato, a naltrexona e o dissulfiram. Pode-se prescrever também o baclofeno; entretanto, por seus efeitos sedativos e risco de abuso, é melhor reservá-lo para tratamentos sob a responsabilidade de especialistas. A resposta efetiva a esses medicamentos pode incluir a redução da quantidade e da frequência de consumo de álcool, quando não a abstinência completa. Vá para a **Tabela 1**. 

PARA TODAS AS OUTRAS SUBSTÂNCIAS:

- » Recomende o completo abandono do uso da substância e deixe clara sua intenção de apoiar a pessoa nesse processo. Pergunte se ela está pronta para fazer essa mudança.
- » Explore **ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR OU ABANDONAR O USO** e **ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR OS DANOS**.
- » Considere o encaminhamento a grupos de ajuda mútua ou a serviços residenciais transitórios, se disponíveis.
- » Aborde as necessidades de alimentos, moradia e emprego.
- » Avalie e trate eventuais comorbidades físicas ou mentais, de preferência depois de 2 a 3 semanas de abstinência, pois alguns problemas cessarão com a abstinência.

EM TODOS OS CASOS:

- » Providencie psicoeducação. 
- » Providencie serviços de desintoxicação, se necessário, ou tratamento em regime de internação, quando disponível. Trate os sintomas de abstinência de acordo com as necessidades.
- » Providencie uma intervenção breve, com uso de entrevista motivacional para incentivar a pessoa a se engajar no tratamento de sua dependência de substâncias.
- » Considere o tratamento psicossocial mais prolongado no caso de pessoas com problemas em curso relacionados ao uso de substâncias que não responderam às intervenções iniciais breves. Entre as terapias psicológicas baseadas em evidências para transtornos por uso de substâncias figuram os programas estruturados individuais e de grupo, que têm duração de 6 a 12 semanas ou mais e empregam técnicas como terapia cognitivo comportamental, terapia de reforço motivacional, terapia de manejo de contingências, fortalecimento da comunidade e terapia familiar. As condutas de apoio social baseadas em evidências incluem apoio para o emprego e a moradia. 

PROTOCOLO

3

Abstinência de álcool

- » Providencie o ambiente mais tranquilo e não estimulante possível; bem iluminado durante o dia e com iluminação à noite suficiente para evitar as quedas se a pessoa acordar à noite.
- » Garanta aporte de líquidos adequado e satisfação das necessidades de eletrólitos, como potássio e magnésio.
- » **EVITE A DESIDRATAÇÃO:** mantenha hidratação suficiente, inclusive hidratação intravenosa, se necessário, e incentive a ingestão de líquidos. Administre tiamina antes da glicose para evitar a precipitação de encefalopatia de Wernicke.
- » **Intervenção farmacológica:**  Quando apropriado, trate os sintomas da abstinência de álcool. No caso de desintoxicação planejada, administre diazepam para evitar os sintomas de abstinência. A dose e a duração do tratamento com diazepam variam segundo a intensidade da síndrome de abstinência.
 - Administre o diazepam por via oral, em dose inicial de até 40 mg/dia (10 mg quatro vezes ao dia ou 20 mg duas vezes ao dia) durante 3 a 7 dias. Reduza gradualmente a dose ou a frequência assim que os sintomas melhorarem. Monitore a pessoa com frequência, pois cada pessoa pode ter uma resposta diferente ao medicamento.
 - No **ambiente hospitalar**, a administração de diazepam pode ser mais frequente (ou seja, a cada hora) e as doses diárias podem ser maiores (até 120 mg/dia por via oral nos 3 primeiros dias), se necessário e com base em avaliação frequente dos sintomas de abstinência e do estado mental da pessoa.
 - Nas pessoas com **comprometimento do metabolismo hepático** (ou seja, pessoas com sinais de hepatopatia ou idosas), prescreva inicialmente uma dose única baixa de 5 a 10 mg por via oral, pois a ação dos benzodiazepínicos pode ser prolongada nessas populações. Outra opção é usar um benzodiazepínico de ação mais curta, como o **oxazepam, em vez do diazepam**. Ver **Tabela 1**.
 - **⚠ ATENÇÃO**
Cuidado ao iniciar a administração, ou aumentar a dose, de benzodiazepínicos, pois podem causar depressão respiratória. Cuidado na administração a pessoas com doença respiratória ou encefalopatia hepática.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ENCEFALOPATIA DE WERNICKE:

- » Os consumidores crônicos de grande quantidade de álcool correm risco de desenvolver **encefalopatia de Wernicke**, uma síndrome de deficiência de tiamina caracterizada por confusão, nistagmo, oftalmoplegia (problemas dos movimentos dos olhos) e ataxia (falta de coordenação dos movimentos).
- » **Para evitar a ocorrência dessa síndrome, deve-se administrar tiamina, em dose de 100 mg/dia por via oral a todas as pessoas com história de consumo crônico de álcool. Administre a tiamina antes da glicose para evitar precipitação de encefalopatia de Wernicke.**

DICA CLÍNICA:

Ao planejar a interrupção do consumo de álcool, avalie o risco de síndrome de abstinência grave. Pergunte:

- » Houve algum episódio de sintomas graves de abstinência no passado, inclusive crises convulsivas ou *delirium*?
- » Há outros problemas médicos ou psiquiátricos importantes?
- » A pessoa apresenta quadro clínico importante de abstinência no período de seis horas após beber pela última vez?
- » Já houve alguma tentativa ambulatorial malsucedida de abandono do álcool?
- » A pessoa está desabrigada ou não conta com nenhum tipo de apoio social?

Se o risco for alto, a desintoxicação em regime de internação é preferível à desintoxicação ambulatorial.



DICA CLÍNICA: princípios gerais a aplicar durante o manejo de qualquer síndrome de abstinência:

- » Mantenha a hidratação.
- » Trate os sintomas específicos de abstinência à medida que surgirem, ou seja, trate as náuseas com antieméticos, a dor com analgésicos simples e a insônia com sedativos leves.
- » Permita que a pessoa saia do estabelecimento de tratamento caso desejar.
- » Mantenha o tratamento e o apoio após a desintoxicação.
- » Podem ocorrer sintomas depressivos no período pós-intoxicação, durante ou após a abstinência, ou a pessoa pode ter depressão preexistente. Esteja alerta ao risco de suicídio.
- » Ofereça a todas as pessoas tratamento, apoio e monitoramento contínuos depois da desintoxicação bem-sucedida, qualquer que tenha sido o local da desintoxicação.

PROTOCOLO

4

Abstinência de opioides

- » É preciso ter **⚠ CUIDADO** antes de iniciar a abstinência de opioides, sobretudo quando houve uso da forma injetável. Ao decidir iniciar a abstinência, informe à pessoa o que deve esperar, inclusive os sintomas e sua duração. Por exemplo, a abstinência diminui a tolerância aos opioides. Isso significa que há maior risco de overdose se a pessoa retomar o uso de opioides na dose habitual após um período de abstinência. Devido a esse risco, é melhor iniciar a abstinência quando há um plano de admissão em um programa residencial de reabilitação ou outro programa de apoio psicossocial. Outra opção é a terapia de substituição de opioides com metadona ou buprenorfina; consulte a seção sobre tratamento de manutenção com agonistas opioides (ver Protocolo 5) e escolha uma dessas opções farmacológicas para o manejo:
- » **Buprenorfina:** a buprenorfina é administrada por via sublingual, em dose de 4 a 16 mg/dia durante 3 a 14 dias para manejo da abstinência. Antes de iniciar o tratamento com buprenorfina, é importante esperar até que os sinais e sintomas da abstinência de opioide sejam evidentes – pelo menos 8 horas depois da última dose de heroína e 24 a 48 horas depois da última dose de metadona; caso contrário, existe o risco de que a própria buprenorfina precipite uma síndrome de abstinência. É preciso ter cuidado especial no caso de indivíduos que tomam outros medicamentos sedativos.
- » **Metadona:** a metadona é administrada por via oral em dose inicial de 15 a 20 mg, que é aumentada, se necessário, para 30 mg/dia. Depois reduza gradualmente a dose, até a interrupção, ao longo de 3 a 10 dias. Assim como ocorre com a buprenorfina, é preciso ter cuidado especial com indivíduos que tomam outros medicamentos sedativos.
- » **Clonidina ou lofexidina:** se não houver disponibilidade de medicamentos substitutos de opioides, pode-se usar clonidina ou lofexidina no manejo de alguns sintomas da síndrome de abstinência de opioides, como a hiperexcitação. As doses variam de 0,1 a 0,15 mg, de acordo com o peso corporal, administradas 3 vezes ao dia por via oral. Pode haver atordoamento e sedação. Monitore com rigor a pressão arterial. Outros sintomas da abstinência também devem ser tratados, por exemplo, as náuseas, com antieméticos, a dor, com analgésicos simples e a insônia, com sedativos leves.
- » **Sulfato de morfina:** dose inicial de 10 a 20 mg, com dose adicional de 10 mg se necessário. Pode haver sedação e depressão respiratória com risco de vida. O uso prolongado pode levar à dependência. Veja mais detalhes na **Tabela 1**.

PROTOCOLO

5

Tratamento de manutenção com agonistas opioides

- » O tratamento de manutenção com agonistas opioides demanda uma estrutura nacional estabelecida e regulamentada. É caracterizado pela prescrição de agonistas opioides de ação prolongada (ou agonistas parciais), como a metadona ou a buprenorfina, em geral diariamente e com supervisão. Há fortes evidências de que o tratamento de manutenção com metadona ou buprenorfina causa redução efetiva do uso de drogas ilícitas, da transmissão de HIV e das taxas de mortalidade e criminalidade, além de melhorar a saúde física, a saúde mental e o funcionamento social.
- » Monitoramento: os medicamentos usados no tratamento de manutenção com agonistas opioides podem ser objeto de uso indevido e desvio para outros fins; portanto, os programas devem usar diversos métodos para limitar o risco de desvio, inclusive o consumo supervisionado.
- » Veja mais detalhes na **Tabela 1**.

PROTOCOLO

6

Abstinência de benzodiazepínicos

- » O manejo da abstinência de benzodiazepínicos pode ser feito com substituição por um benzodiazepínico de ação prolongada e redução gradual da dose ao longo de 8 a 12 semanas, em conjunto com apoio psicossocial. A diminuição mais rápida só é possível se a pessoa estiver internada em hospital ou estabelecimento de desintoxicação.
- » Caso ocorram manifestações graves e não controladas de abstinência de benzodiazepínicos ou se a interrupção súbita ou não planejada causar essas manifestações, consulte imediatamente um especialista ou outra pessoa capacitada disponível para iniciar um regime de sedação com benzodiazepínicos em doses altas e hospitalizar a pessoa. Seja cauteloso com a dispensação sem supervisão de benzodiazepínicos para pacientes desconhecidos. 

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

2.1 Psicoeducação

- » Com frequência, os transtornos por uso de substâncias podem ser tratados efetivamente, as pessoas podem melhorar e melhoram.
- » A discussão do uso de substâncias pode provocar sentimentos de constrangimento ou vergonha para muitas pessoas. Use sempre uma abordagem moralmente neutra ao conversar sobre o uso de substâncias. Quando se sentem julgadas, as pessoas podem se abrir menos ao conversar com você. Procure não demonstrar surpresa diante de nenhuma resposta.
- » Informe sigilosamente que é possível interromper ou reduzir o uso perigoso ou prejudicial de álcool e incentive a pessoa a voltar se quiser conversar mais sobre o assunto.
- » A probabilidade de êxito na redução ou interrupção do uso de substâncias é maior se a decisão partir da própria pessoa.

2.2 Entrevista motivacional (intervenção breve)

- » As intervenções breves com entrevista motivacional são um método para discutir o uso de substâncias sem fazer julgamentos. Incentivam a pessoa a refletir sobre as próprias escolhas relativas ao uso de substâncias. Podem ser usadas como parte de um encontro muito breve para abordar os riscos ou o uso prejudicial de substâncias. Também podem ser usadas como parte de uma análise mais longa, no decorrer de várias sessões, que abordam os padrões de dependência do uso de substâncias; esse método é denominado terapia de reforço motivacional. Durante a análise é importante incluir todas as partes do processo: expressar empatia e criar uma atmosfera

de confiança, mas ao mesmo tempo apontar contradições da narrativa, e desafiar falsas crenças. Evite discutir com a pessoa. Ela deve sentir que o profissional está ali para apoiar, e não para criticar. Se a pessoa não puder se comprometer a abandonar o padrão prejudicial de uso da substância naquele momento, analise os motivos em vez de forçar a pessoa a dar a resposta que acredita ser a esperada.

» Técnicas para análises mais aprofundadas:

1. Faça **comentários** personalizados sobre os riscos associados ao padrão de uso de substâncias, tenha ou não a pessoa um padrão de USO PREJUDICIAL ou DEPENDÊNCIA, e sobre os danos específicos que pode estar sofrendo ou causando a outros.
2. Incentive a pessoa a **assumir a responsabilidade** por suas escolhas de uso de substâncias e pela escolha de buscar ou não ajuda para controlar o uso de substâncias. Para isso, pergunte qual é SEU PRÓPRIO grau de preocupação com seu uso de substâncias.
3. Pergunte à pessoa quais são suas **razões para o uso de substâncias**, inclusive como resposta a outros problemas, como os de saúde mental ou estressores específicos, e os benefícios que considera obter com o uso de substâncias, mesmo que somente em curto prazo.
4. Pergunte sobre sua percepção das **consequências** positivas e negativas **de seu uso de substâncias** e, caso necessário, conteste qualquer exagero dos benefícios ou subestimativa dos riscos e danos.
5. Pergunte sobre suas **metas pessoais** e se o uso de substâncias está ajudando a alcançar essas metas ou impedindo de alcançá-las.
6. **Analise** com a pessoa suas afirmações sobre o uso de substâncias, suas causas e consequências e suas metas pessoais, permitindo a exploração de evidentes

incongruências entre as consequências do uso de substâncias e as metas declaradas pela pessoa.

7. **Analise as opções** de mudança com base na escolha de metas realistas e procure encontrar uma estratégia mutuamente acordada.
8. **Apoie a pessoa nessas mudanças:** diga que confia nela para fazer mudanças positivas em sua vida, dê informações sobre os próximos passos necessários (outro exame, desintoxicação, apoio psicossocial) e entregue material que ela possa levar para casa, se disponível.

» **Exemplos de perguntas.** Sem fazer julgamentos, explore as ideias da pessoa sobre o uso de substâncias com essas perguntas:

1. Razões para usar substâncias. [*Pergunte: “Você já parou para pensar por que usa (substância)?”*]
2. Que benefícios ela acredita obter com o uso. [*Pergunte: “O que a (substância) faz por você? Ela causa algum problema a você?”*]
3. O que ela percebe como danos possíveis e reais decorrentes do uso de substâncias. [*Pergunte: “O uso de (substância) causou algum dano a você? Você prevê que cause algum dano no futuro?”*]
4. O que é mais importante para a pessoa. (*Pergunte: “O que você considera mais importante na vida?”*)

2.3 Estratégias para redução e interrupção do uso

Etapas para reduzir ou interromper o uso de todas as substâncias: se a pessoa estiver interessada em reduzir o uso de substâncias, analise com ela as etapas a seguir.

- » Identifique os fatores que desencadeiam o uso e maneiras de evitá-los. Por exemplo: bares onde há pessoas bebendo ou lugares onde a pessoa costumava obter drogas, etc.
- » Identifique os gatilhos emocionais para uso e as maneiras de enfrentá-los (ou seja, problemas de relacionamento, dificuldades no trabalho, etc.).
- » Incentive a pessoa a não ter as substâncias em casa.

2.4 Grupos de ajuda mútua

- » Os grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos ou Mart Recovery podem ajudar as pessoas com transtornos por uso de substâncias. Eles providenciam informações, atividades estruturadas e apoio interpessoal em ambiente moralmente neutro. Descubram quais são os grupos de ajuda mútua disponíveis na região.

2.5 Estratégias para impedir danos pelo uso de drogas e tratar condições relacionadas

- » Incentive a pessoa a adotar comportamentos de menor risco.
 - Oriente a não conduzir veículos se estiver intoxicada.
 - Se a pessoa usar opioides, forneça malona para uso intramuscular ou intranasal aos familiares, que podem guardá-la para usar em caso de overdose, enquanto esperam a chegada de socorro ou vão até o hospital.

Se a pessoa usa drogas injetáveis:

- » Informe à pessoa sobre os riscos do uso de drogas intravenosas, que incluem: maior risco de infecções como a infecção pelo HIV/Aids, as hepatites B e C e as infecções cutâneas que podem acarretar septicemia, endocardite, abscessos medulares, meningite e até mesmo a morte.
- » Considerando que a pessoa pode não interromper de imediato o uso de drogas injetáveis, dê informações sobre técnicas de injeção menos arriscadas. Enfatize a importância de usar sempre agulhas e seringas estéreis e de nunca compartilhar o material de injeção com outras pessoas.
- » Explique como ter acesso a programas de troca de agulhas e seringas, onde estiverem disponíveis, ou informe outros lugares para obter material de injeção estéril.
- » Incentive e ofereça, no mínimo, teste anual para doenças virais transmitidas pelo sangue, inclusive infecção por HIV/Aids e hepatites B e C.
 - Incentive a vacinação contra hepatite B.
 - Garanta a disponibilidade de preservativos.
 - Assegure a disponibilidade de tratamento para pessoas com infecção pelo HIV/Aids e hepatite.

Tratamento de comorbidades:

- » Estabeleça um limiar baixo para rastreamento de tuberculose nas pessoas com transtornos por uso de substâncias.
- » Considere a investigação de doenças sexualmente transmissíveis e seu tratamento.

2.4 Apoio ao cuidador

Apoio à família e aos cuidadores:

- » Analise com a família ou os cuidadores da pessoa o impacto dos transtornos por uso de substâncias sobre outros parentes, inclusive os filhos.

- » Providencie informações e educação sobre os transtornos por uso de substâncias.
- » Ofereça uma avaliação de suas necessidades pessoais, sociais e de saúde mental. Ofereça tratamento para qualquer transtorno de saúde mental prioritário.
- » Informe-os sobre grupos de apoio a famílias e cuidadores (se disponíveis) e outros recursos sociais e ajude-os a ter acesso a eles.

DICA CLÍNICA:

HIV/TUBERCULOSE/HEPATITE E USO DE SUBSTÂNCIAS

- » As pessoas que usam drogas injetáveis correm maior risco de infecção pelo HIV/Aids e hepatite, sobretudo se não usarem equipamento de injeção estéril ou se mantiverem relações sexuais sem proteção em troca de drogas; uma vez infectadas, seu prognóstico também é pior. A infecção pelo HIV/Aids também aumenta o risco de contrair tuberculose, e a tuberculose ativa é uma importante causa de morte nas pessoas que vivem com HIV/Aids. Os usuários de álcool e drogas em grande quantidade também correm maior risco de contrair tuberculose. Portanto, é comum encontrar uma pessoa com uma combinação simultânea de uso de drogas – sobretudo de heroína por via intravenosa –, tuberculose, infecção pelo HIV/Aids e hepatite.
- » Os serviços de atenção a usuários de drogas e álcool devem realizar testes periódicos em todos os usuários de drogas injetáveis para pesquisa de infecção pelo HIV/Aids e hepatite; além disso, devem manter um alto nível de suspeita de tuberculose em qualquer pessoa com tosse, febre, sudorese noturna ou perda de peso.
- » O tratamento da infecção pelo HIV/Aids e da tuberculose exige a tomada diária de medicamentos, e cada dia é importante. A observação direta do tratamento pode melhorar a adesão. Se a pessoa também for dependente de opioide, o tratamento com metadona ou buprenorfina observado diariamente no mesmo lugar e horário aumentará ainda mais a adesão.
- » O tratamento da hepatite é diário ou semanal. Os pacientes com hepatite B ou C devem ser orientados a abandonar totalmente o consumo de álcool.

Populações especiais

ADOLESCENTES

Como avaliar o adolescente:

- » Esclareça a natureza sigilosa da discussão na atenção à saúde, inclusive em que circunstâncias os pais ou cuidadores do adolescente receberão qualquer informação.
- » Pergunte o que mais está acontecendo na vida do adolescente. Identifique as questões subjacentes mais importantes para o adolescente. Lembre-se de que os adolescentes talvez não consigam explicar completamente as causas de sua perturbação.
- » As perguntas abertas podem ajudar a obter informações nas seguintes áreas: lar, educação e emprego, alimentação, atividades, drogas e álcool, sexualidade, segurança e suicídio ou depressão. Reserve tempo suficiente para o diálogo. Avalie também outras condições de saúde mental prioritárias. Se for identificada alguma condição prioritária, veja **MCO**.

Psicoeducação para o adolescente:

- » Explique ao adolescente e a seus pais os efeitos do álcool e de outras substâncias sobre a saúde e o funcionamento social.
- » Incentive a mudança do ambiente e das atividades do adolescente em vez de se concentrar em seu comportamento como um “problema”. Incentive a participação na escola ou no trabalho e em atividades que ocupem o tempo do adolescente. Incentive a participação em atividades de grupo que sejam seguras e facilitem o desenvolvimento das habilidades do adolescente e sua contribuição para a comunidade. É importante que os adolescentes participem de atividades pelas quais se interessem.
- » Incentive os pais ou cuidadores a saberem onde está o adolescente, com quem está, o que está fazendo e quando estará em casa, além de esperar que o adolescente seja responsável por suas atividades.

MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA, GRÁVIDAS OU LACTANTES

Uso de álcool

- » Recomende às mulheres que estejam **grávidas** ou considerando a possibilidade de engravidar a **abandonarem totalmente o consumo de álcool**.
- » Informe às mulheres que o consumo de álcool no início da gravidez, ainda que em quantidades pequenas, pode prejudicar o feto em desenvolvimento e que quantidades maiores de álcool podem causar uma síndrome de problemas graves do desenvolvimento (síndrome fetal do álcool).
- » Recomende às mulheres que estejam **amamentando a abandonarem totalmente o consumo de álcool**.
- » Dados os benefícios da amamentação exclusiva (sobretudo nos 6 primeiros meses), se as mães continuarem a consumir bebidas alcoólicas, devem ser aconselhadas a limitar o consumo de álcool e a tomar medidas para minimizar o teor de álcool no leite, como amamentar antes de beber, e não amamentar novamente até que os níveis sanguíneos caiam a zero (cerca de 2 horas para cada drinque consumido, ou seja, 4 horas se beber dois drinques), ou usar leite materno extraído antes de beber.

! ATENÇÃO

A todas as mães com uso prejudicial de substâncias e filhos pequenos deve-se oferecer todos os serviços de apoio social disponíveis, inclusive consultas pós-natais adicionais, treinamento de habilidades parentais e atenção à criança durante consultas médicas.

Uso de drogas

- » Pergunte sobre o ciclo menstrual da mulher e explique que o uso de substâncias pode interferir no ciclo menstrual, às vezes criando a falsa impressão de que não é possível engravidar.
- » Aborde os efeitos prejudiciais das drogas ilícitas sobre o desenvolvimento fetal e cuide para que a mulher tenha acesso à contracepção efetiva.
- » Oriente e apoie as mulheres **grávidas** para que **abandonem o uso de todas as drogas ilícitas**. Em geral, as gestantes dependentes de opioides devem ser orientadas a usar um agonista opioide como a metadona.
- » Verifique se os bebês de mães com transtornos por uso de drogas apresentam sintomas de abstinência (também conhecida como síndrome de abstinência neonatal). A síndrome de abstinência neonatal causada pelo uso materno de opioide deve ser tratada com doses baixas de opioides (como morfina) ou barbitúricos. Para conhecer mais detalhes, consulte o manual *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (Diretrizes para a identificação e o manejo do uso de substâncias e dos transtornos por uso de substâncias na gravidez), disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf (em inglês).
- » Oriente e apoie as **mães que amamentam para que não usem nenhuma droga ilícita**.
- » Oriente e apoie as mães com transtornos por uso de substâncias para que amamentem exclusivamente pelo menos durante os 6 primeiros meses, a menos que haja recomendação de um especialista para não amamentar.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

TABELA 1: Quadro de medicamentos

CLASSE/INDICAÇÃO	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES/PRECAUÇÕES
BENZODIAZEPÍNICOS Tratar a abstinência de álcool, a intoxicação por estimulantes e a psicose	Diazepam	10 a 20 mg nas manifestações observáveis de abstinência de álcool ou intoxicação por estimulante a cada 2 horas até que não se observem mais essas manifestações ou que a pessoa esteja levemente sedada. Doses menores (até 10 mg quatro vezes ao dia) no caso de tratamento da abstinência de álcool em regime ambulatorial.	Sedação e depressão respiratória que podem ameaçar a vida. O uso prolongado pode causar dependência.	⊗ Não administre a pessoas sedadas. Cuidado com a combinação com outros sedativos. Os pacientes não devem conduzir veículos. A duração do efeito pode ser prolongada em pessoas com hepatopatia grave. Supervisione a tomada para minimizar o risco de desvios (por exemplo, vender o medicamento para outra pessoa).
ANTAGONISTAS OPIOIDES Tratar a overdose de opioide	Naloxona	0,4 a 2 mg por via intravenosa, intramuscular, subcutânea ou intranasal. Repita as doses quando necessário.	Pode causar desconforto ou sintomas de abstinência.	
VITAMINAS Prevenir ou tratar a encefalopatia de Wernicke	Tiamina (vitamina B1)	100 mg/dia por via oral durante 5 dias para prevenir a encefalopatia de Wernicke. 100 mg a 500 mg por via intravenosa ou intramuscular, duas a três vezes ao dia durante 3 a 5 dias para tratar a encefalopatia de Wernicke.		
AGONISTAS OPIOIDES Tratar a abstinência e a dependência de opioide	Metadona	Abstinência de opioide: dose inicial de metadona de 20 mg, com uma dose complementar de 5 a 10 mg 4 horas depois, se necessário. Manutenção com opioides: dose inicial de 10 a 20 mg, com dose complementar de 10 mg se necessário; aumento da dose diária em 5 a 10 mg a intervalos de poucos dias, se necessário, até que não haja mais abstinência de opioide e a pessoa abandone o uso de opioides ilícitos. Mantenha até que a pessoa esteja preparada para interromper o tratamento com agonistas opioides.	Sedação, confusão, náuseas, vômitos, constipação intestinal, possíveis alterações hormonais, diminuição do desejo sexual, alterações do ECG como prolongamento do intervalo QT ou bradicardia, hipotensão, depressão respiratória.	Use com cuidado em pacientes com doença cardíaca ou respiratória.
	Buprenorfina	Dose inicial de 4 a 8 mg, com aumento diário de 4 a 8 mg, de acordo com as necessidades, até que não haja mais abstinência de opioide e a pessoa abandone o uso de opioides ilícitos. Mantenha até que a pessoa esteja preparada para interromper o tratamento com agonistas opioides.	Sedação, tontura, ataxia, náuseas, vômitos, constipação intestinal, depressão respiratória.	<ul style="list-style-type: none"> – Use com cuidado na insuficiência cardíaca congestiva, doença respiratória ou hepatopatia. – Potencial de abuso. – A interrupção abrupta pode causar sintomas de abstinência.
	Sulfato de morfina	Dose inicial de 10 a 20 mg, com dose extra de 10 mg se necessário.	Sedação e depressão respiratória que pode ameaçar a vida. O uso prolongado pode causar dependência.	⊗ Não administre a pessoas sedadas. Cuidado com a combinação com outros sedativos. A pessoa não deve conduzir veículos. Supervisione a tomada para minimizar o risco de desvios para outros fins. Administre opioides de ação prolongada, como metadona ou buprenorfina, uma vez ao dia a pacientes ambulatoriais, quando disponíveis.

CLASSE/INDICAÇÃO	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES/PRECAUÇÕES
AGONISTAS ALFA ADRENÉRGICOS Tratar a abstinência de opioide	Clonidina	Dose inicial de 0,1 mg 2 a 3 vezes ao dia. Aumente conforme a tolerância, em doses fracionadas para controlar os sintomas de abstinência, até a dose máxima de 1 mg/dia.	Sedação, atordoamento, tontura, cefaleia, náuseas, vômitos, boca seca, constipação intestinal, disfunção sexual, depressão, agitação, hipotensão arterial, taquicardia, bradicardia sinusal e bloqueio atrioventricular.	Cuidado nas doenças cardíacas, vasculares cerebrais e hepáticas. Use doses menores em caso de doença renal. Atenção ao potencial de abuso. Monitore com rigor os sinais vitais. ⊗ NÃO interrompa bruscamente o tratamento, pois a abstinência pode causar hipertensão de rebote. Evite o uso em gestantes e lactantes. ⊕
	Lofexidina	Dose inicial de 0,4 a 0,6 mg duas vezes ao dia. Aumente 0,4 a 0,8 mg/dia conforme a necessidade. Dose única máxima: 0,8 mg. Dose diária máxima: 2,4 mg (fracionados em 2 a 4 doses).	Sedação, atordoamento, hipotensão arterial, alterações do ECG como prolongamento do intervalo QT e bradicardia sinusal.	Cuidado nas doenças cardíacas, vasculares cerebrais e renais. Evite o uso em pacientes com síndrome do QT longo, distúrbios metabólicos ou se a pessoa estiver em tratamento com algum outro medicamento que prolongue o intervalo QT. Monitore com rigor os sinais vitais. ⊗ NÃO interrompa bruscamente o medicamento, pois a abstinência pode causar hipertensão de rebote.
MEDICAMENTOS PARA EVITAR A RECAÍDA NO ALCOOLISMO Inibir a necessidade de beber	Acamprosato	Dose inicial de 2 comprimidos de 333 mg por via oral 3 vezes ao dia durante 12 meses. Se a pessoa pesar menos de 60 kg, administre 2 comprimidos 2 vezes ao dia por via oral durante 12 meses.	Diarreia, flatulência, náuseas, vômitos, dor abdominal, depressão, ansiedade, ideação suicida, prurido. Às vezes pode surgir erupção cutânea maculopapular e, raramente, reações cutâneas bolhosas.	Na doença renal moderada, administre uma dose menor, 333 mg por via oral 3 vezes ao dia. ⊗ CONTRAINDICADO na nefropatia e hepatopatia graves.
	Naltrexona	Dose inicial de 50 mg/dia durante 6 a 12 meses. Na dependência de opioides, verifique se não houve uso de opioide nos últimos 7 dias (por exemplo, administração de dose de naloxona).	Sedação, tontura, náuseas, vômitos, dor abdominal, insônia, ansiedade, diminuição da energia, dor articular e muscular. Monitore a função hepática por causa do risco de hepatotoxicidade.	Risco de OVERDOSE FATAL em pacientes que usam opioides mais de 24 horas após a última dose de naltrexona, em razão da rápida perda do efeito antagonista. ⊗ NÃO administre a pacientes com insuficiência hepática ou hepatite aguda.
	Dissulfiram	Dose inicial de 200 a 400 mg/dia.	Sonolência, tontura, cefaleia, rubor, sudorese, boca seca, náuseas, vômitos, tremor, odor corporal fétido, disfunção sexual. Raramente, podem ocorrer reações psicóticas, dermatite alérgica, neurite periférica ou lesão celular hepática. Reações graves podem causar confusão, colapso cardiovascular e morte.	Antidepressivos tricíclicos (ATCs), inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), antipsicóticos, vasodilatadores e antagonistas alfa- adrenérgicos ou beta-adrenérgicos agravam a reação dissulfiram-álcool. A sensibilização ao álcool continua 6 a 14 dias após o uso de dissulfiram, mesmo que em pequenas quantidades. ⊗ NÃO use com álcool, pois as reações podem ameaçar a vida ou ser fatais. ⊗ NÃO use em gestantes e lactantes. ⊗ CONTRAINDICADO em pessoas com hipertensão arterial, cardiopatia, hepatopatia, nefropatia, história de acidente vascular cerebral, psicose, impulsividade ou em risco de suicídio.

SUB 3 » Seguinto

1

AVALIE SE HOUE MELHORA

A cada consulta, avalie:

- » Quantidade e frequência de uso de substâncias, saúde mental, saúde física, fatores de risco e proteção (por exemplo, relacionamentos, moradia, emprego, etc.).
- » Pergunte sobre os fatores que levam ao uso de substâncias e as consequências desse uso.



RECOMENDAÇÕES SOBRE A FREQUÊNCIA DE CONTATO

- » Uso prejudicial: seguimento em um mês. Posteriormente, seguimento de acordo com a necessidade.
- » Dependência: seguimento várias vezes por semana nas duas primeiras semanas; depois, semanalmente no primeiro mês. Quando houver melhora, diminua a frequência para uma vez por mês e, posteriormente, de acordo com a necessidade.

USO ATUAL DE SUBSTÂNCIAS

- » Elabore estratégias para reduzir os danos.
- » Trate os problemas de saúde.
- » Elabore estratégias para reduzir o uso.
- » Organize a desintoxicação ou o tratamento de manutenção se a pessoa concordar.
- » Avalie e contate a pessoa com frequência.

INTERRUPÇÃO RECENTE DO USO OU MUDANÇA PARA USO NÃO PREJUDICIAL

- » Considere a solicitação de exame de urina para confirmar a abstinência.
- » Faça comentários positivos para incentivar a manutenção da abstinência ou do uso não prejudicial.
- » Trate outros problemas médicos.
- » Considere o uso de medicamentos para evitar a recaída nos casos de dependência de álcool e opioides.
- » Considere terapias psicossociais para evitar a recaída e grupos de ajuda mútua.
- » Apoie os fatores que reduzam o risco de recaída, como moradia e emprego.

INTERRUPÇÃO PROLONGADA OU USO NÃO PREJUDICIAL

- » Considere a realização ocasional de exame de urina para confirmar a não utilização.
- » Comentários positivos.
- » Apoie os fatores que reduzam o risco de recaída (como moradia e emprego).
- » Trate outros problemas médicos.
- » Incentive a participação em grupos de ajuda mútua.
- » Avaliações menos frequentes.

QUADRO 2. SINAIS DE USO CRÔNICO DE SUBSTÂNCIAS E EXAMES A CONSIDERAR

SINAIS DE CONSUMO EXCESSIVO E CRÔNICO DE ÁLCOOL

- » Hepatopatia: examine para pesquisar icterícia (cor amarelada da pele e dos olhos), bordas hepáticas palpáveis e dolorosas à palpação (na hepatopatia inicial), ascite (distensão abdominal por líquido), nevos aracniformes (vasos sanguíneos semelhantes a aranhas visíveis na superfície cutânea) e alteração do estado mental (encefalopatia hepática).
- » Lesão cerebelar: avalie se há problemas do equilíbrio, da marcha e da coordenação dos movimentos, além de nistagmo.
- » Exames a considerar:
 - Enzimas hepáticas: a elevação das enzimas hepáticas e a elevação de amônia indicam hepatopatia.
 - Hemograma completo: pesquise anemia macrocítica e diminuição de plaquetas.

SINAIS DE USO CRÔNICO DE DROGAS

- » Dificuldade para cuidar de si próprio, más condições dentárias, parasitoses cutâneas, como infestação por piolhos ou escabiose, e má nutrição.
- » Marcas de injeção: pesquisar locais de injeção nos braços ou nas pernas, com marcas novas e antigas visíveis. Pergunte onde a pessoa injeta a droga e examine os locais para verificar se há sinais de infecção local.
- » Complicações comuns do uso de drogas injetáveis: as pessoas que injetam drogas têm maior risco de contrair infecções como a infecção pelo HIV/Aids, as hepatites B e C e a tuberculose. Também correm maior risco de contrair infecções cutâneas no local de injeção. Em alguns casos, pode haver disseminação da infecção no sangue e consequente septicemia, endocardite, abscessos medulares, meningite ou até mesmo morte.
- » Exames a considerar:
 - Exame toxicológico na urina: nos casos de emergência, pode-se fazer um exame toxicológico na urina sempre que houver suspeita de intoxicação, abstinência ou overdose, sobretudo quando a pessoa não pode informar o que ingeriu.
 - Se a pessoa for usuária de drogas injetáveis, ofereça testes sorológicos para pesquisa de vírus transmitidos pelo sangue, HIV/Aids, hepatites B e C, etc.
 - Se a pessoa manteve relações sexuais sem proteção, ofereça testes sorológicos para infecções sexualmente transmissíveis, inclusive infecção pelo HIV, sífilis, clamidíase, gonorreia e infecção pelo papilomavírus humano (HPV).
 - Solicite exame para tuberculose, amostra de escarro e radiografia de tórax se houver suspeita de tuberculose. Verifique se há sinais e sintomas como tosse produtiva crônica, febre, calafrios e emagrecimento.

AUTOAGRESSÃO/SUICÍDIO

Suicídio é o ato de tirar a própria vida deliberadamente. Autoagressão é um termo mais amplo que se refere ao envenenamento ou à lesão autoinfligida intencional, que pode ou não ter intenção ou resultado fatal.

Toda pessoa com mais de 10 anos de idade que apresente alguma das condições a seguir deve ser questionada sobre pensamentos ou planos de autoagressão no último mês e sobre atos de autoagressão no último ano:

- » Qualquer condição MNS prioritária – ver Mapa geral (MG)
- » Dor crônica
- » Sofrimento emocional agudo

Verifique se há pensamentos, planos e atos de autoagressão durante a avaliação inicial e, daí em diante, periodicamente. Dê atenção ao estado mental e ao sofrimento emocional da pessoa.



DICA CLÍNICA:

Perguntar sobre autoagressão NÃO provoca atos de autoagressão. Com frequência, reduz a ansiedade associada a pensamentos ou atos de autoagressão e ajuda a pessoa a se sentir compreendida. Entretanto, procure estabelecer uma relação com a pessoa antes de fazer perguntas sobre autoagressão. Peça que ela explique as razões de causar danos a si própria.

SUI » Panorama rápido



AVALIAÇÃO

- » Avalie se a pessoa tentou um ato de autoagressão grave do ponto de vista médico.
- » Avalie se há risco iminente de autoagressão ou suicídio.
- » Avalie se há alguma condição MNS prioritária.
- » Avalie se há dor crônica.
- » Avalie a intensidade dos sintomas emocionais.



MANEJO

- » **Protocolos de manejo:**
 1. Ato de autoagressão grave do ponto de vista médico.
 2. Risco iminente de autoagressão ou suicídio.
 3. Risco de autoagressão ou suicídio.
- »  **Manejo geral e intervenções psicossociais**

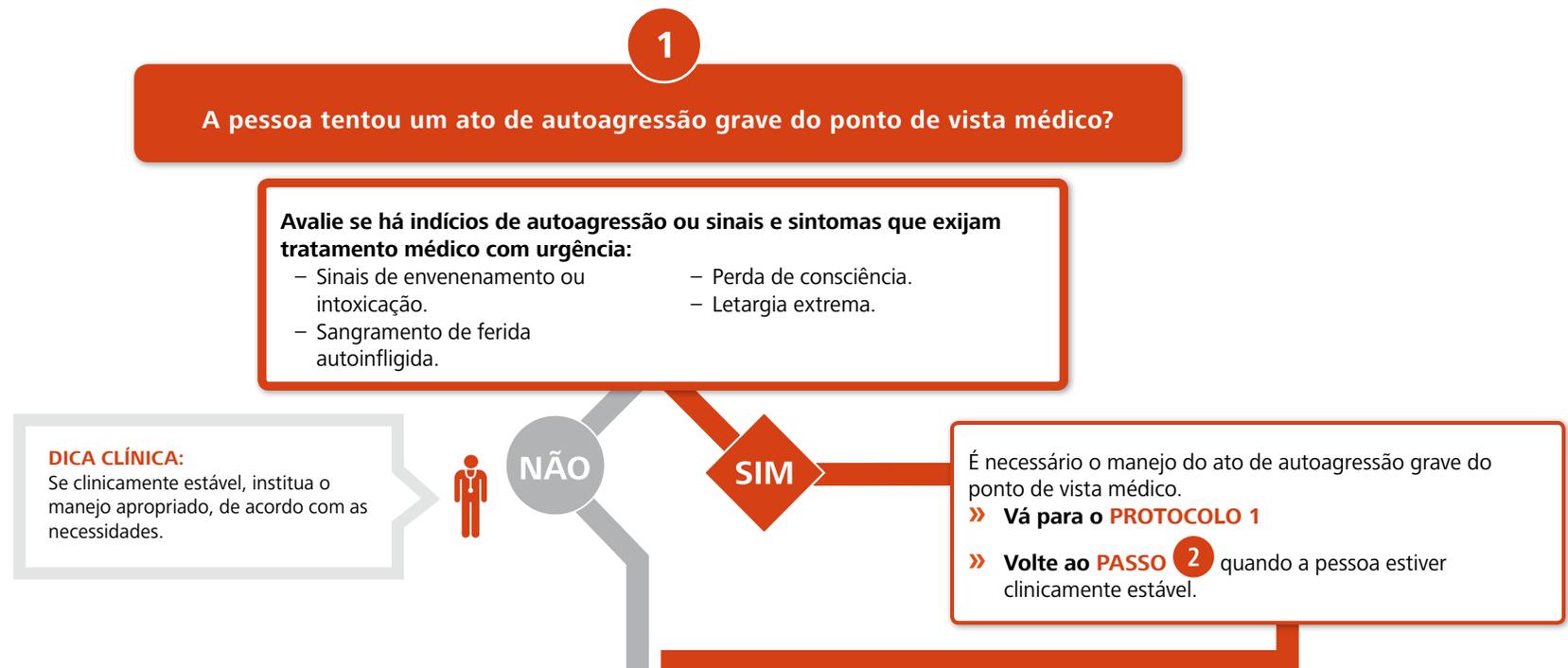


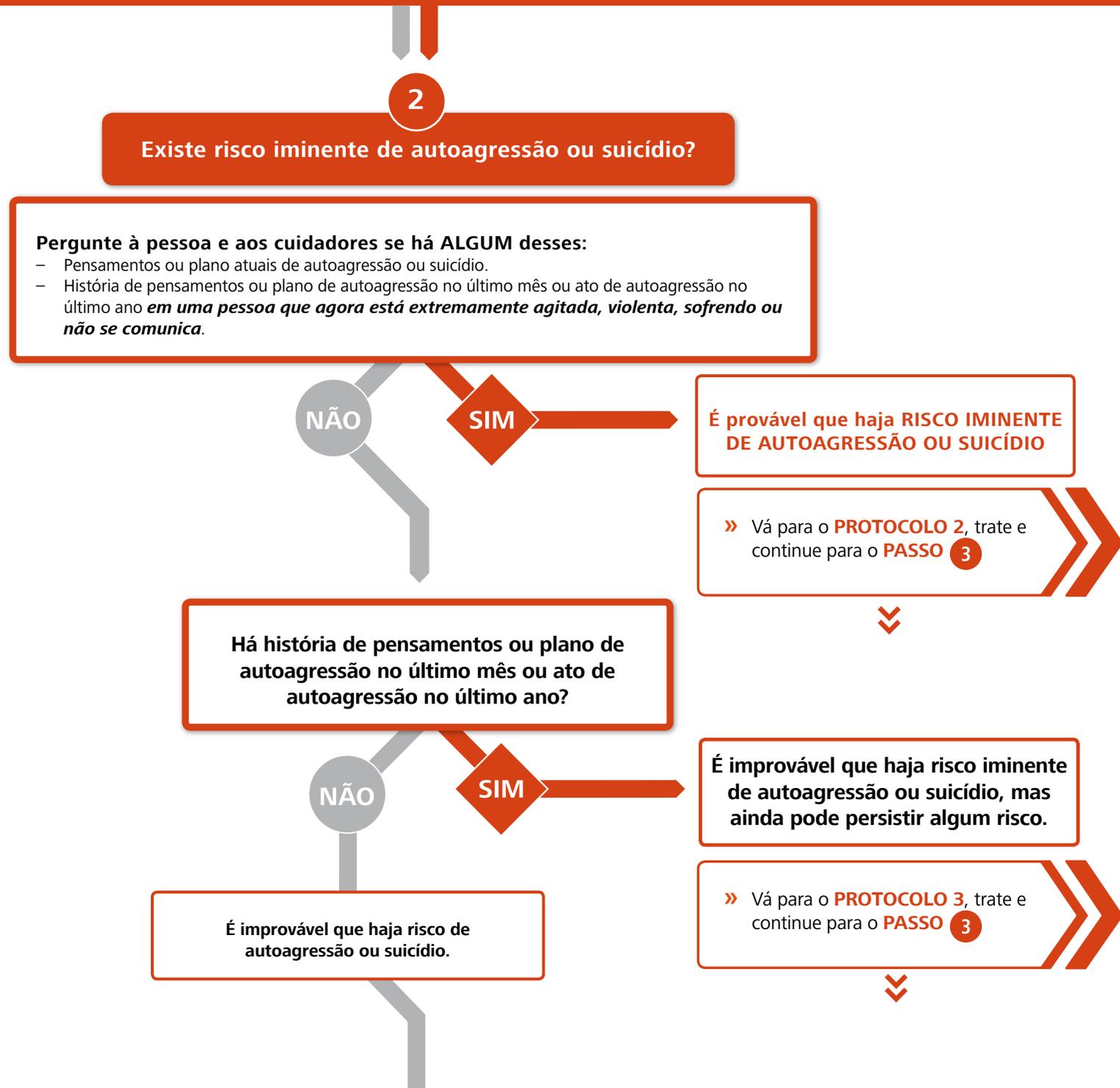
SEGUIMENTO

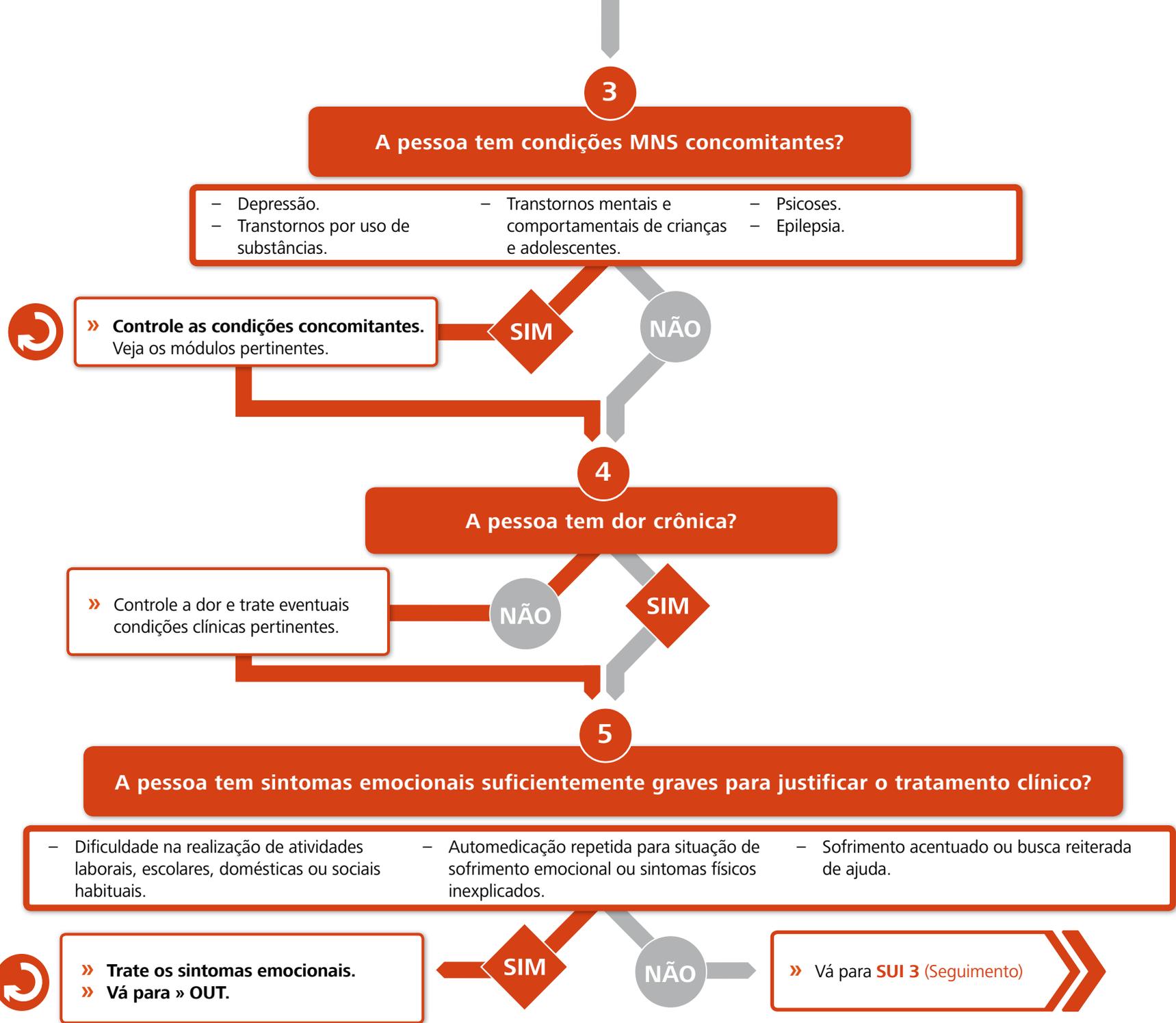
SUI 1 » Avaliação

AVALIE A POSSIBILIDADE DE AUTOAGRESSÃO OU SUICÍDIO SE A PESSOA APRESENTAR:

- *Desesperança e desespero extremos, pensamentos, planos e atos de autoagressão ou suicídio no presente ou no passado, ato de autoagressão com sinais de envenenamento ou intoxicação, sangramento por ferida autoinfligida, perda de consciência ou letargia extrema, OU*
- *Alguma das condições MNS prioritárias, dor crônica ou sofrimento emocional extremo.*







SUI 2 » Manejo

PROTOCOLO 1

1

Ato de autoagressão grave do ponto de vista médico

- » **Em todos os casos:** coloque a pessoa em ambiente seguro e de apoio em um estabelecimento de saúde.
- » ❌ **NÃO** deixe a pessoa sozinha.
- » Institua o tratamento médico da lesão ou do envenenamento. Em caso de intoxicação aguda por pesticida, siga o “Manejo da intoxicação por pesticida”. (2.1) 
- » Se houver necessidade de hospitalização, continue o monitoramento rigoroso da pessoa para prevenir o suicídio.
- » Cuide da pessoa que tenha cometido um ato de autoagressão. (2.2)
- » Ofereça e ative o apoio psicossocial. (2.3) 
- » Ofereça apoio aos cuidadores. (2.4)
- » Consulte um especialista em saúde mental, se disponível. 
- » Mantenha o contato e o seguimento periódicos. 

PROTOCOLO 2

2

Risco iminente de autoagressão ou suicídio

- » Elimine os meios de autoagressão ou suicídio.
- » Crie um ambiente seguro e de apoio; se possível, ofereça uma área separada e tranquila durante a espera pelo tratamento.
- » ❌ **NÃO** deixe a pessoa sozinha.
- » Supervisione e designe um funcionário ou parente para garantir a segurança permanente da pessoa.
- » Dê atenção ao estado mental e ao sofrimento emocional.
- » Providencie psicoeducação para a pessoa e seus cuidadores. (2.5) 
- » Ofereça e ative o apoio psicossocial. (2.3)
- » Ofereça apoio aos cuidadores. (2.4)
- » Consulte um especialista em saúde mental, se disponível. 
- » Mantenha o contato e o seguimento periódicos. 

PROTOCOLO 3

3

Risco de autoagressão ou suicídio

- » Ofereça e ative o apoio psicossocial. (2.3)
- » Consulte um especialista em saúde mental, se disponível. 
- » Mantenha o contato e o **seguimento** periódicos. 

2.1 Manejo da intoxicação por pesticida

- » Se o estabelecimento de saúde dispuser de um conjunto mínimo de capacidade e recursos, trate conforme as orientações do documento da OMS *Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication* (Manejo clínico da Intoxicação aguda por pesticida), disponível em http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en/ (em inglês).

Caso contrário, transfira imediatamente a pessoa para um estabelecimento de saúde que disponha dos seguintes recursos:

- capacidade e conhecimento para reanimar as pessoas e avaliar se há manifestações clínicas de intoxicação por pesticidas;
 - capacidade e conhecimento para manejo das vias aéreas; em particular, para intubar e manter suporte respiratório até que se possa conectar um ventilador;
 - atropina e meios para sua administração intravenosa se surgirem sinais de intoxicação colinérgica;
 - diazepam e meios para sua administração intravenosa se a pessoa apresentar crises convulsivas.
- » Considere a administração de carvão ativado se a pessoa estiver consciente, der o consentimento livre e esclarecido e procurar atendimento no decorrer de uma hora após a intoxicação.
 - » Não se recomenda a êmese forçada.
 - » ❌ Não se devem administrar líquidos orais.

2.2 Atenção à pessoa que tenha cometido um ato de autoagressão

- » Coloque a pessoa em ambiente seguro e de apoio em estabelecimento de saúde (❌ não a deixe sozinha). Se for necessário esperar pelo tratamento, ofereça um ambiente que minimize o sofrimento; se possível, em uma área separada e tranquila com supervisão constante e em contato com um funcionário designado ou um parente para garantir a segurança permanente da pessoa.
- » Elimine o acesso a meios de autoagressão.
- » Consulte um especialista em saúde mental, se disponível. 
- » Mobilize a família, os amigos e outras pessoas relacionadas ou os recursos disponíveis na comunidade para monitorar e apoiar a pessoa durante o período de risco iminente (ver “Ofereça e ative o apoio psicossocial”). (2.3)
- » Trate as pessoas após uma autoagressão com a mesma atenção, respeito e privacidade dedicados a outras pessoas; seja sensível ao sofrimento emocional associado com a autoagressão.
- » Inclua os cuidadores se a pessoa desejar seu apoio durante a avaliação e o tratamento; se possível, a avaliação psicossocial deve incluir uma entrevista pessoal com o profissional de saúde para explorar questões particulares.
- » Providencie apoio emocional aos cuidadores e parentes, se necessário. (2.4)
- » Cuide para que haja continuidade da atenção.

- » Não se recomenda a hospitalização em serviços não psiquiátricos de um hospital geral para prevenir a autoagressão. Entretanto, se for necessária a internação em hospital geral (não psiquiátrico) para o manejo de consequências médicas da autoagressão, monitore a pessoa com rigor para evitar que ocorra outra autoagressão durante a internação.
- » **Se prescrever medicamentos:**
 - Veja nos módulos pertinentes do MI-mhGAP as intervenções farmacológicas no manejo de condições concomitantes.
 - Use os medicamentos que ofereçam menor perigo em caso de overdose intencional.
 - Entregue as prescrições para períodos curtos (por exemplo, uma semana de cada vez).

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

2.3 Ofereça e ative o apoio psicossocial

» Ofereça apoio à pessoa

- Explore razões e maneiras para permanecer vivo.
- Concentre-se nos pontos fortes da pessoa, incentivando-a a falar sobre como foram resolvidos problemas anteriores.
- Caso haja recursos humanos suficientes, considere a terapia para a solução de problemas para ajudar pessoas que cometeram atos de autoagressão no último ano. Vá para **Práticas e cuidados essenciais » PCE**

» Ative o apoio psicossocial

- Mobilize a família, os amigos, pessoas relacionadas e outros recursos disponíveis para garantir o monitoramento rigoroso da pessoa enquanto persistir o risco de autoagressão ou suicídio.
- Recomende que a pessoa e os cuidadores restrinjam o acesso a meios de autoagressão ou suicídio (por exemplo, pesticidas, substâncias tóxicas, medicamentos vendidos sob prescrição médica, armas de fogo, etc.) quando a pessoa tiver pensamentos ou planos de autoagressão ou suicídio.
- Otimize o apoio social de recursos disponíveis na comunidade. Estes incluem recursos informais, como parentes, amigos, conhecidos, colegas e líderes religiosos ou recursos formais da comunidade, se disponíveis, como centros de crise, além de centros locais de saúde mental.

2.4 Apoio aos cuidadores

- » Informe aos cuidadores e aos familiares que as perguntas sobre suicídio geralmente ajudam a pessoa a se sentir aliviada, menos ansiosa e mais bem compreendida.
- » Os cuidadores e familiares das pessoas em risco de autoagressão costumam estar sob estresse acentuado. Providencie apoio emocional se eles necessitarem.
- » Informe aos cuidadores que embora possam se sentir frustrados com a pessoa, devem evitar demonstrar hostilidade e fazer críticas severas à pessoa vulnerável em risco de autoagressão ou suicídio.

2.5 Psicoeducação

» Mensagens-chave para a pessoa e os cuidadores

- Se uma pessoa tiver pensamentos de autoagressão ou suicídio, busque imediatamente a ajuda de um parente, amigo ou profissional de saúde de confiança.
- É permitido falar de suicídio. Falar de suicídio não provoca o ato de suicídio.
- Os suicídios podem ser evitados.
- Um episódio de autoagressão ou suicídio é um indicador do sofrimento emocional grave. A pessoa não vê alternativa nem solução.
- Portanto, é importante que a pessoa obtenha apoio imediato para os problemas emocionais e estressores.
- Meios de autoagressão (por exemplo, pesticidas, armas de fogo, medicamentos) devem ser retirados de casa.
- A rede de relações sociais, que inclui a família e outras pessoas pertinentes, é importante para a oferta de apoio social.

SUI 3 » Seguimento



OUTROS PROBLEMAS IMPORTANTES DE SAÚDE MENTAL

Este módulo procura dar orientação básica sobre o manejo de vários problemas de saúde mental não abordados em outra parte deste guia. Alguns deles podem ser semelhantes à depressão, porém um exame mais minucioso permite diferenciá-los das condições abordadas neste guia.

Outros problemas de saúde mental são considerados importantes quando comprometem o funcionamento diário ou quando a pessoa busca ajuda para tratá-los. Alguns problemas podem ser decorrentes do estresse.

- » Não se deve considerar este módulo para as pessoas que satisfazem os critérios de qualquer uma das condições prioritárias abordadas pelo mhGAP (exceto a autoagressão).
- » Este módulo só deve ser usado após descartar explicitamente a depressão.
- » Este módulo deve ser usado com adultos. Caso a pessoa seja uma criança ou adolescente, vá para MCO.

OUT» Panorama rápido



AVALIAÇÃO

- » Descarte as causas físicas que explicariam plenamente os sintomas.
- » Descarte a depressão ou outras condições MNS.
- » Avalie se a pessoa está procurando ajuda para aliviar os sintomas ou tem dificuldades consideráveis com o funcionamento diário.
- » Avalie se a pessoa foi exposta a estressores extremos.
- » Avalie se há risco iminente de autoagressão ou suicídio.



MANEJO

» Protocolos de manejo:

1. Outros problemas importantes de saúde mental.
2. Outros problemas importantes de saúde mental em pessoas expostas a estressores extremos.

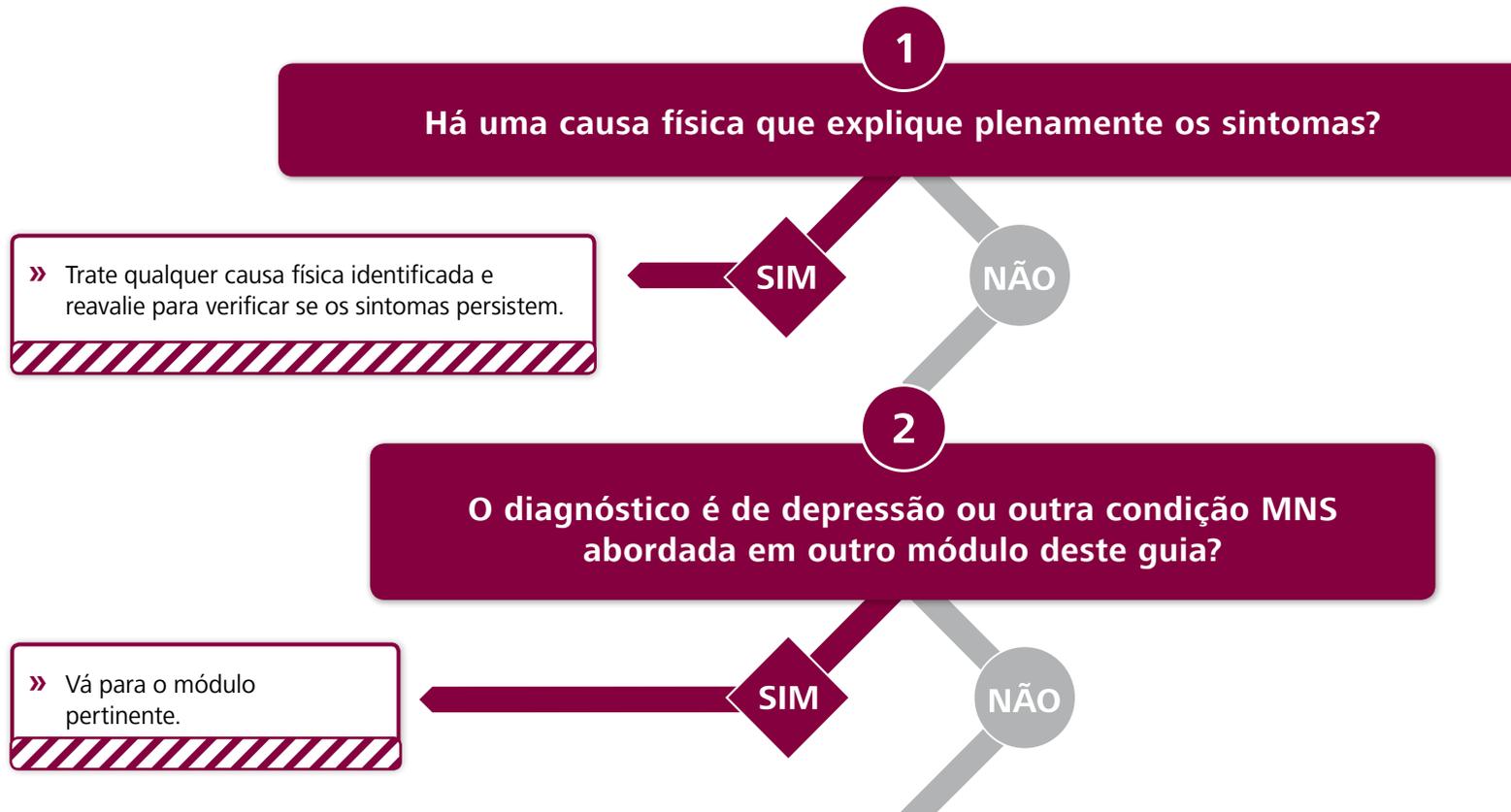


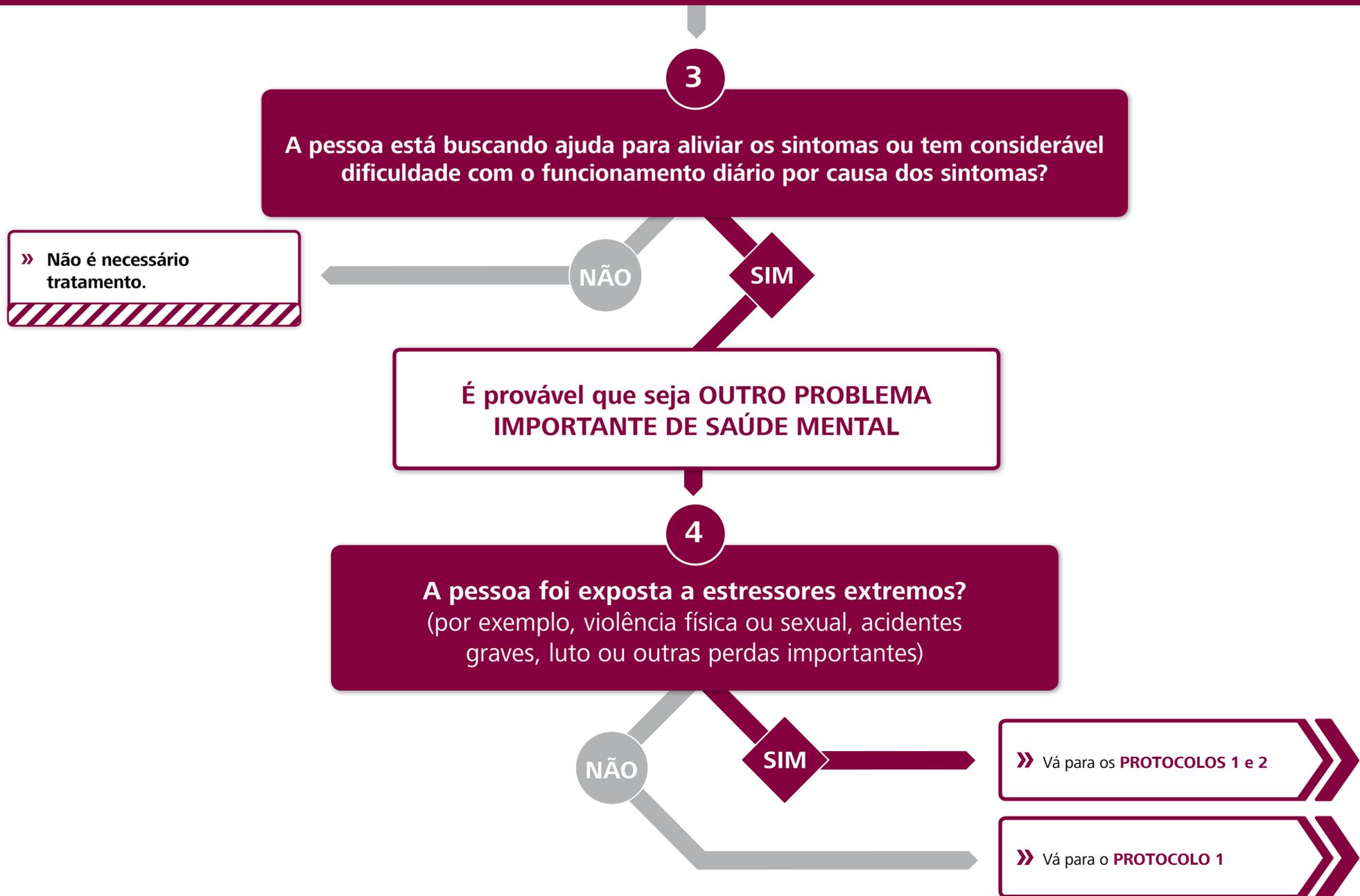
SEGUIMENTO

OUT 1 » Avaliação

MANIFESTAÇÕES COMUNS DE OUTROS PROBLEMAS IMPORTANTES DE SAÚDE MENTAL

- » *Cansaço extremo, depressão, irritação, ansiedade ou estresse.*
- » *Queixas somáticas sem explicação médica (ou seja, sintomas somáticos sem uma causa física conhecida que os explique plenamente).*





! SE HOUVER RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO, AVALIE E TRATE antes de seguir para os Protocolos 1 e 2 (Vá para SUI).



OUT 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

OUTROS PROBLEMAS IMPORTANTES DE SAÚDE MENTAL

- » ❌ **NÃO prescreva medicamentos ansiolíticos ou antidepressivos** (a menos que seja orientado por um especialista).
- » ❌ **NÃO administre injeções de vitamina ou outros tratamentos ineficazes.**
- » **Em todos os casos, reduza o estresse e fortaleça os apoios sociais conforme descrito no módulo Práticas e cuidados essenciais (PCE).**
 - Aborde estressores psicossociais atuais.
 - Fortaleça os apoios.
 - Ensine a controlar o estresse, como por técnicas de relaxamento (ver **Boxe 1** no fim do módulo).
- » Quando não se identifica nenhuma condição física que explique plenamente um sintoma somático, reconheça a realidade dos sintomas e dê possíveis explicações.
 - Evite solicitar mais exames laboratoriais ou de outro tipo, a menos que haja uma indicação médica clara, por exemplo, anormalidade dos sinais vitais.
 - Caso ainda assim sejam solicitados outros exames, reduza as expectativas pouco realistas dizendo à pessoa que o resultado provavelmente será normal.
- Informe à pessoa que não foi identificada nenhuma doença grave. Comunique os resultados normais da avaliação clínica e dos exames.
- Se a pessoa insistir na realização de outros exames, considere a possibilidade de dizer que exames desnecessários podem ser prejudiciais, porque podem causar preocupação desnecessária e efeitos colaterais.
- Reconheça que os sintomas não são imaginários e que ainda é importante abordar sintomas causadores de sofrimento importante.
- Peça que a pessoa dê sua **própria explicação** para a causa dos sintomas e pergunte sobre suas preocupações. Isso pode indicar a causa do sofrimento, ajudar a criar uma relação de confiança com a pessoa e aumentar a adesão ao tratamento.
- Explique que muitas vezes o sofrimento emocional e o estresse estão associados a sensações físicas, como dor de estômago, tensão muscular, etc. Pergunte e converse sobre possíveis ligações das emoções e do estresse da pessoa com os sintomas.
- Incentive a continuação das atividades diárias (ou sua retomada gradual).
- Lembre-se de aplicar a prática de redução do estresse e de fortalecimento do apoio social. Vá para **PCE**.

PROTOCOLO

2

OUTROS PROBLEMAS IMPORTANTES DE SAÚDE MENTAL EM PESSOAS EXPOSTAS A ESTRESSORES EXTREMOS

(por exemplo, violência física ou sexual, acidentes graves, luto ou outras perdas importantes)

- » **Em todos os casos, haja ou não problemas emocionais, físicos ou comportamentais após exposição a um estressor extremo, providencie apoio conforme a descrição no PROTOCOLO 1. Escute atentamente.**
- » **✘ NÃO pressione a pessoa a falar do acontecimento.**
- » **Aborde as necessidades sociais da pessoa.**
 - Pergunte sobre suas necessidades e preocupações.
 - Ajude a pessoa a atender suas necessidades básicas, obter acesso a serviços e se conectar com a família e outros apoios sociais.
 - Proteja a pessoa de danos adicionais, se necessário.
 - Incentive a pessoa a retomar as atividades normais anteriores, por exemplo, escolares ou laborais, domésticas e sociais, se for viável e culturalmente apropriado.
- » **No caso de perda importante explique que:**
 - É normal o luto por uma perda importante. Pode-se lamentar a perda de uma pessoa, um lugar ou uma propriedade ou a perda da própria saúde e bem-estar. O luto tem efeitos mentais e físicos.
 - As pessoas vivem o luto de diferentes maneiras. Algumas pessoas mostram emoções fortes enquanto outras não. O choro não significa fraqueza. As pessoas que não choram podem sentir uma dor emocional igualmente profunda, mas têm outras maneiras de expressá-la.
- Na maioria dos casos, o luto diminui com o tempo. Pode-se pensar que a tristeza, a saudade ou a dor nunca desaparecerão, mas na maioria dos casos, esses sentimentos se atenuam com o tempo. Às vezes a pessoa pode se sentir bem por algum tempo e depois algo a faz lembrar a perda e ela se sente tão mal como no princípio. Não há maneira certa ou errada de viver o luto. Às vezes a pessoa se sente muito triste; outras vezes, entorpecidas; e em outros momentos até consegue se divertir. Em geral, essas experiências se tornam menos intensas e menos frequentes com o passar do tempo.
- » **No caso da perda de um ente querido, aborde o assunto e apoie os processos de adaptação ou luto culturalmente apropriados.**
 - Pergunte, se for o caso, se foram realizadas ou planejadas cerimônias ou rituais. Se não for o caso, converse sobre os obstáculos e como eliminá-los.
- » **Se houver suspeita de transtorno de luto prolongado, consulte um especialista para avaliação complementar e manejo. **
 - A pessoa pode ter transtorno de luto prolongado se os sintomas incluírem dificuldade considerável no funcionamento diário durante pelo menos 6 meses, além de grande preocupação com o falecido, ou saudade intensa dele, associada a grande dor emocional.

» **No caso de reações à exposição recente a um evento potencialmente traumático, explique que:**

- As pessoas frequentemente têm reações depois desses eventos. As reações podem variar muito de uma pessoa para outra e mudar ao longo do tempo.
- Elas podem incluir sintomas somáticos, como palpitações, dores, perturbação gástrica, cefaleias e sintomas emocionais e comportamentais, inclusive perturbação do sono, tristeza, ansiedade, irritação e agressão.
- Esses sentimentos podem ser exacerbados ou reaparecer diante de lembranças do acontecimento estressante ou de novos estressores.
- Na maioria dos casos, os sintomas tendem a diminuir com o tempo, sobretudo se a pessoa descansar, receber apoio social e usar técnicas de redução do estresse. Vá para PCE. Vá para o Quadro 1.

» **Se houver suspeita de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), consulte um especialista para avaliação complementar e manejo.**

- Após um evento potencialmente traumático, é possível que a pessoa tenha TEPT se os sintomas incluírem considerável dificuldade no funcionamento diário durante pelo menos um mês e a recorrência de pesadelos, cenas retrospectivas ou lembranças intrusivas dos acontecimentos, acompanhados de medo ou pavor intenso; evitação deliberada de lembranças do evento; excessiva preocupação e vigilância com relação a perigos ou forte reação a ruídos altos ou movimentos inesperados.

OUT 3 » Seguimento

AVALIE SE HOVE MELHORA

A pessoa está melhorando?

SIM

NÃO

RECOMENDAÇÕES SOBRE A FREQUÊNCIA DE CONTATO

- » Peça à pessoa que volte em 2 a 4 semanas se não houver melhora dos sintomas ou se, a qualquer momento, houver piora dos sintomas.



- » Prossiga com o plano de tratamento.
- » Seguimento de acordo com a necessidade.

Se a pessoa não estiver melhorando **ou se a pessoa ou o cuidador insistir na realização de outros exames e no tratamento:**

- » Examine os **Protocolos 1 e 2.**
- » Considere a possibilidade de consultar um especialista.

QUADRO 1: INSTRUÇÕES PARA TREINAMENTO DE RELAXAMENTO

» Explique o que você fará.

“Vou ensiná-lo a respirar de uma maneira que ajuda a relaxar o corpo e a mente. É necessário praticar durante algum tempo até notar todos os benefícios dessa técnica respiratória. A razão para que essa estratégia se concentre na respiração é que, quando estamos estressados, a respiração se torna rápida e superficial, o que aumenta a tensão. Para começar a relaxar, é preciso primeiro mudar a respiração. Antes de começar, relaxaremos o corpo.”

» Inicie lentamente os exercícios de relaxamento e demonstre a respiração.

“Balance suavemente e relaxe os braços e as pernas. Deixe-os soltos e relaxados. Leve os ombros para trás e mova a cabeça de um lado para outro com delicadeza. Agora coloque uma mão sobre a barriga e a outra mão sobre a parte superior do tórax. Quero que você imagine que tem um balão no estômago e, ao respirar, vai encher esse balão e expandir seu estômago. Quando expirar, o ar no balão também sairá e o estômago será esvaziado. Primeiro observe como eu faço. Vou começar expirando para expulsar todo o ar do meu estômago.” Demonstre a respiração abdominal – procure exagerar o enchimento e o esvaziamento abdominal.

» Concentre-se nas técnicas respiratórias.

“Tente fazer a respiração abdominal comigo. Lembre-se de que primeiro expiramos até expulsar todo o ar; depois, inspiramos. Se conseguir, inspire pelo

nariz e expire pela boca. O segundo passo é diminuir a frequência da respiração. Inspire durante três segundos, prenda a respiração por dois segundos e expire durante três segundos. Eu contarei com você. Você pode fechar os seus olhos ou mantê-los abertos. Inspire lentamente, 1, 2, 3. Prenda a respiração, 1, 2. Agora expire, 1, 2, 3.” Repita esse exercício respiratório durante cerca de um minuto, descanse por um minuto e repita o ciclo mais duas vezes.

» Incentive a pessoa a praticar sozinha.

“Tente fazer sozinho durante um minuto. Esse é um exercício que você pode fazer sozinho.”

IMPLEMENTAÇÃO DO MI-mhGAP

Processo de implementação do MI-mhGAP

Recomendam-se aos planejadores do programa várias medidas para implementar este guia em serviços de saúde não especializados. Estas são resumidas no diagrama a seguir, que inclui várias ações essenciais e atividades contínuas. Este módulo contém um resumo do processo de implementação do MI-mhGAP.



1 Estabelecimento da equipe de implementação do MI-mhGAP

- » Pode ser necessário ter uma ou mais equipes dependendo das áreas ou regiões geográficas a serem cobertas.
- » Explícite a finalidade e as atribuições das equipes de implementação e elabore um plano de trabalho para cada membro da equipe. Uma das principais funções dessa equipe é supervisionar o processo de implementação.
- » Aproveite qualquer órgão ou grupo existente em vez de criar um novo, por exemplo, um comitê de saúde ou um grupo consultivo da comunidade. Às vezes há mais de um grupo. A fusão de grupos ou a criação de um novo grupo com a participação de membros de todos eles poderia ser uma solução.
- » A equipe de implementação deve contar com pelo menos um membro de cada uma destas categorias: sociedade civil e usuários do serviço, formuladores de políticas, financiadores ou doadores reais e em potencial, gestores do programa, prestadores de serviço e assessores de comunicação.
- » Forme grupos de ação ou forças-tarefas menores para se concentrarem em atividades específicas, por exemplo, um grupo de ação para implementar atividades de treinamento e outro para implementar atividades de promoção da causa e conscientização. Sempre identifique claramente as funções de uma força-tarefa e a função de cada um de seus membros.

2 Análise da situação

- » O principal objetivo da análise da situação é obter informações sobre os recursos e as necessidades com relação às condições MNS para orientar o processo de planejamento, adaptação e implementação. Esse processo inclui revisões documentais, como a consulta ao perfil do país no Atlas de Saúde Mental da OMS, ao informe do Instrumento de Avaliação dos Sistemas de Saúde Mental (AIMS, na sigla em inglês) da OMS ou a avaliações já existentes, além de entrevistas e discussões em grupo com múltiplos interessados diretos para responder às seguintes perguntas:
- » Que tipo de avaliações de necessidades e recursos se deve fazer primeiro? O que já se sabe?
- » Quais são as políticas nacionais de saúde mental, as capacidades de pessoal no país ou na região e as organizações que oferecem serviços de saúde mental?
- » Quais são os sistemas de crenças e os comportamentos de busca de atenção relacionados com a saúde mental no país ou na região?
- » Que possíveis barreiras existem com relação à implementação do MI-mhGAP, por exemplo, estigmatização e discriminação de pessoas com condições MNS, prioridades nacionais de saúde que suplantam as condições MNS, etc.

3 Plano de implementação do MI-mhGAP

- » Com base na análise da situação, elabore um plano de implementação do MI-mhGAP para responder as seguintes perguntas:

ONDE

- » Onde o MI-mhGAP será implementado (por exemplo, estabelecimentos, distritos, cidades)?

QUANDO

- » Quando será implementada cada uma das atividades do MI-mhGAP (por exemplo, cronograma para adaptação, formação de instrutores, atividades de treinamento, supervisão e atividades de promoção da causa)?

QUAL

- » Quais são os recursos necessários e disponíveis para a implementação do MI-mhGAP, inclusive recursos financeiros e humanos, além da infraestrutura (por exemplo, estabelecimentos, provisão de medicamentos)?

QUEM

- » Quem será treinado e que conhecimento e habilidades já tem (por exemplo, habilidades e conhecimentos que enfermeiros e médicos da atenção primária já têm) e quem será responsável pelas atividades (por exemplo, quem treinará e supervisionará)?

COMO

- » Como se pode melhorar a comunicação e os fluxos de referência de pacientes nos diferentes níveis do sistema e, ao mesmo tempo, introduzir o serviço novo?
- » Como se pode coletar dados sobre as atividades de implementação do MI-mhGAP e integrá-los aos indicadores do sistema de informação em saúde?

4 Adaptação

A adaptação do MI-mhGAP é o processo de decidir e produzir as alterações necessárias no MI-mhGAP, o material de treinamento, as ferramentas de monitoramento e avaliação (M&A) e outras ferramentas para adequá-los ao contexto de um país ou distrito específico.

Finalidade da adaptação do MI-mhGAP

Viabilizar a implementação do guia, inclusive de seus componentes de avaliação e manejo, pelo sistema de saúde local.

- » Assegurar que o guia seja aceitável no contexto sociocultural local.
- » Usar termos locais para melhorar a comunicação com usuários e cuidadores.
- » Definir os fluxos de referência de pacientes.
- » Elaborar material compatível com as diretrizes de tratamento e as políticas nacionais pertinentes, se apropriado.
- » Criar uma base para a elaboração de programas de capacitação e ferramentas apropriados.
- » Assegurar que os indicadores de M&A estejam de acordo com os sistemas nacionais de informação em saúde.

Método de adaptação do MI-mhGAP

- » Organize uma oficina com um grupo de diferentes interessados diretos para contextualizar e adaptar o MI-mhGAP, o material de treinamento e M&A, além de outras ferramentas.
- » Inclua especialistas das áreas pertinentes (por exemplo, psiquiatria, dependência de álcool e outras substâncias, neurologia, pediatria, assistência social e psicologia), representantes de diferentes níveis da atenção à saúde geral (por exemplo, profissionais de saúde pública, profissionais da atenção primária, especialistas em medicina de família, enfermeiros, farmacêuticos, profissionais do sistema de informação em saúde), usuários do serviço e formuladores de políticas.
- » Use as análises de situação realizadas nas regiões em que será implementado o MI-mhGAP.
- » Assegure que o processo de adaptação esteja de acordo com os documentos nacionais (por exemplo, política, legislação e plano nacionais de saúde, diretrizes clínicas e protocolos usados nos serviços gerais de saúde e na atenção primária, além da lista nacional de medicamentos).

5 Treinamento e supervisão para implementação do MI-mhGAP

Um aspecto importante da implementação do MI-mhGAP é o treinamento de profissionais de saúde lotados em unidades não especializadas para intervirem como pessoal da linha de frente, combinado a mecanismos para garantir a eles apoio e supervisão contínuos. Embora este guia de intervenção seja destinado à implementação principalmente por não especialistas, é necessário esforço coordenado de especialistas e profissionais de saúde pública para assegurar sua aplicação ideal.

O objetivo do treinamento para uso do MI-mhGAP é ensinar a profissionais de saúde não especialistas as habilidades e o conhecimento necessários para avaliação e manejo das pessoas com condições MNS prioritárias. A duração do treinamento depende das adaptações locais feitas, assim como do conhecimento e das habilidades que já tenham os profissionais de saúde não especialistas. Em geral, o processo de treinamento leva vários dias, em horário integral, e pode ser presencial ou à distância, conforme a viabilidade.

A estrutura pode usar um plano de treinamento em cascata com dois níveis: um facilitador principal capacita os 'instrutores', que depois capacitam os profissionais de saúde não especialistas da linha de frente.

Capacitação dos instrutores para implementação do MI-mhGAP

O objetivo é assegurar que os instrutores sejam capacitados e estejam seguros de sua habilidade para treinar os profissionais de saúde não especialistas e atuar como orientadores para esses profissionais.

Os instrutores e supervisores do MI-mhGAP devem ter as seguintes características:

- » Ser especialista na atenção à saúde mental (psiquiatra, enfermeiro psiquiátrico, neurologista, etc.), médicos ou enfermeiros capacitados e experientes no manejo de condições MNS com uso do MI-mhGAP e supervisores já existentes do sistema de saúde geral.
- » Ter habilidades e experiência clínica em saúde mental ou no manejo de condições MNS.
- » Ter habilidades e experiência com aspectos administrativos do manejo de condições MNS, inclusive registro, seguimento e referência.
- » Ser bom facilitador e solucionador de problemas.
- » Estar disponível para o apoio e a supervisão, inclusive visitas periódicas de supervisão.

O calendário de treinamento:

Espera-se que os instrutores realizem cursos futuros de treinamento para aplicação do MI-mhGAP e ofereçam apoio e supervisão aos profissionais de saúde. Além da capacitação para avaliação e manejo de pessoas com condições MNS, conforme descrito no MI-mhGAP, eles aprenderão métodos de treinamento, planejamento de programas de estudo e métodos de supervisão e garantia da qualidade.

Apoio e supervisão na implementação do MI-mhGAP

Em geral, os participantes do curso de treinamento para implementação do MI-mhGAP são profissionais de saúde não especializados que atuam em clínicas e hospitais do nível primário ou secundário da atenção à saúde. Eles necessitam de ajuda continuada para transpor o que aprenderam no treinamento para a prática clínica. A supervisão é considerada parte do processo contínuo de educação necessário para criar profissionais de saúde competentes na aplicação do mhGAP. O objetivo do apoio e da supervisão é não somente ajudar os participantes do treinamento do MI-mhGAP a oferecerem uma melhor atenção à saúde mental (supervisão clínica), mas também dar apoio no ambiente de trabalho com relação à implementação do MI-mhGAP (supervisão administrativa e do programa).

Metas específicas do apoio e da supervisão:

- » Ajudar a transpor para a prática clínica as habilidades e o conhecimento adquiridos no treinamento para aplicação do MI-mhGAP.
- » Assegurar a oferta adequada de intervenções de saúde mental de acordo com o MI-mhGAP e abordar áreas para o desenvolvimento de outras habilidades.
- » Identificar e ajudar a resolver problemas que os participantes do curso do MI-mhGAP enfrentam no manejo de situações clínicas complicadas.
- » Ajudar a motivar os profissionais de saúde não especializados a oferecerem atenção de boa qualidade às pessoas com condições MNS.
- » Garantir que os registros e procedimentos administrativos necessários para as condições MNS, como referências e

seguimento, sejam estabelecidos ou integrados a sistemas existentes nos estabelecimentos de saúde locais.

- » Assegurar a disponibilidade de medicamentos, equipamento médico e outros sistemas de apoio para a implementação do MI-mhGAP.
- » Demonstrar e incentivar atitudes moralmente neutras e respeitadas e um tratamento ético que promova e proteja os direitos humanos dos indivíduos com condições MNS.
- » Dar apoio aos profissionais de saúde que estejam em situação de estresse.

6 Monitoramento e avaliação

O processo de monitoramento e avaliação (M&A) pode esclarecer se um programa está fazendo diferença e para quem; pode identificar áreas do programa que estão de acordo com a meta ou aspectos de um programa que necessitam de ajustes. As informações obtidas por M&A podem demonstrar aos executores e financiadores do programa que seus investimentos estão dando resultado. O M&A fornece informações vitais para aprender com experiências anteriores, melhorar a prestação de serviços, planejar, alocar recursos e demonstrar resultados como parte da prestação de contas aos principais interessados diretos. A expressão “tudo que é medido é executado” resume a importância do processo de monitoramento e avaliação no planejamento e na implementação do programa.

O processo de M&A abrange planejamento, coordenação, coleta, análise e uso de dados nos âmbitos nacional, distrital e local, com a inclusão de estabelecimentos de saúde, facilitadores do MI-mhGAP, alunos do curso de capacitação e supervisores; portanto, convém que a equipe de implementação do MI-mhGAP nomeie um coordenador ou um subcomitê de M&A para planejar e realizar essa tarefa.

Alguns exemplos de indicadores que podem ser usados para monitorar a implementação do MI-mhGAP são: indicadores no âmbito do estabelecimento, como número de profissionais de saúde não especialistas capacitados para aplicar o MI-mhGAP, número de visitas de apoio e supervisão a cada estabelecimento de saúde que implementa o MI-mhGAP; e indicadores no âmbito do sistema, por exemplo, número de estabelecimentos de saúde que usam o MI-mhGAP para avaliação e manejo de pessoas com condições MNS, número de estabelecimentos de saúde com provisão ininterrupta de medicamentos essenciais para tratamento de condições MNS.

Cuide para que os indicadores façam parte do sistema de informação em saúde nacional. A coleta de dados com uso de indicadores ajudará no monitoramento do MI-mhGAP. Eles também ajudarão a enviar, a cada dois anos, informações sobre a saúde mental nacional ao Atlas de Saúde Mental da OMS a fim de monitorar o progresso na implementação do Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020.

Avalie o processo de implementação do MI-mhGAP, identifique os êxitos e as necessidades de melhoria e atualize a análise da situação.

Além das seis ações descritas anteriormente, três atividades contínuas são essenciais na implementação do MI-mhGAP. Estas são descritas nas seções a seguir.

A. OFERTA DE TRATAMENTO E ATENÇÃO

O MI-mhGAP recomenda que várias intervenções farmacológicas e psicológicas sejam oferecidas por profissionais de saúde não especializados. Recomenda, por exemplo, a terapia para a solução de problemas (TSP) e a terapia interpessoal (TIP) para tratamento da depressão em adultos. A OMS desenvolveu intervenções psicológicas simplificadas. Essas intervenções são escalonáveis e sua oferta requer um nível menos intenso de uso de recursos humanos especializados. Isso significa que a intervenção foi modificada para usar menos recursos em comparação com as intervenções psicológicas convencionais e que pessoas com e sem treinamento anterior em atenção à saúde mental podem aplicar efetivamente versões de baixa intensidade de TSP e TIP, desde que sejam treinadas e supervisionadas. Entre os exemplos de manuais de intervenções psicológicas escalonáveis da OMS que fazem parte do pacote mhGAP estão: *WHO Problem Management Therapy PM+* (Terapia de manejo de problemas), *WHO Interpersonal Therapy (IPT)* (Terapia interpessoal), *WHO Thinking Healthy* (Pensamento saudável) para depressão materna e o manual de treinamento *WHO Parental Skills* (Habilidades parentais).

Pode-se usar medicamentos essenciais para tratar os sintomas de condições MNS, encurtar o curso de muitos transtornos, reduzir a incapacidade e prevenir a recaída. Os medicamentos essenciais fazem parte das listas-modelo de medicamentos essenciais da OMS. O acesso a medicamentos essenciais é um componente do “direito ao mais alto padrão alcançável de saúde”.

Existem quatro grupos principais de medicamentos para as condições MNS prioritárias mencionadas neste guia:

- » antipsicóticos para os transtornos psicóticos;
- » fármacos usados nos transtornos do humor (depressivo ou bipolar);
- » anticonvulsivantes/antiepiléticos;
- » medicamentos usados no manejo da intoxicação por substâncias ou da abstinência ou dependência de substâncias.

As experiências de muitos países demonstram que é possível melhorar a provisão e o uso de medicamentos. O acesso das populações aos medicamentos essenciais é determinado por: (i) seleção racional de medicamentos; (ii) obtenção de preços acessíveis; (iii) garantia de financiamento sustentável; e (iv) disponibilidade de sistemas de saúde e de provisão confiáveis.

B. PROMOÇÃO DA CAUSA E CONSCIENTIZAÇÃO

A promoção da saúde mental usa informações de maneira deliberada e estratégica para influenciar outras pessoas a fim de produzir mudanças. Abrange a promoção das necessidades e dos direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como da população em geral. A promoção é diferente da educação. A educação informa e ajuda a compreender um problema. Já a promoção da causa busca persuadir, o que é realizado por meio de solicitações e demanda ações específicas. Um princípio básico é que a promoção da causa só é efetiva quando se pede ao público-alvo que faça algo. A mobilização das pessoas significa pedir que elas se tornem parte da solução.

Exemplos de ações de promoção da causa

Ações de promoção para a população em geral:

- » Inclua e mobilize pessoas com condições MNS e seus cuidadores nas ações de promoção. Cuide para que a comunidade tenha contato social direto e positivo com pessoas com condições MNS.
- » Use os meios de comunicação para aumentar a conscientização sobre os problemas de saúde mental, por exemplo, comunicados públicos, artigos em revistas e divulgação em centros de saúde; ao mesmo tempo, enfatize a necessidade de notificação responsável, sobretudo no tocante ao suicídio.
- » Providencie educação sobre problemas de saúde mental em locais públicos (por exemplo, escolas e centros de saúde).
- » Organize eventos públicos e palestras sobre temas de saúde mental.

Ações de promoção para trabalhadores da área da saúde em geral e da saúde mental:

- » Promova a compreensão da importância da atenção na comunidade, da participação comunitária e dos direitos humanos das pessoas com condições MNS.
- » Providencie capacitação e apoio adequados para os trabalhadores da área da saúde mental e da saúde em geral.

C. REDE DE CONTATOS E COLABORAÇÃO INTERSETORIAL

- » A implementação do MI-mhGAP demanda a colaboração de diversos setores e interessados diretos, como:
- » **Serviços de saúde e profissionais da atenção à saúde especialistas e não especialistas em saúde mental:** por exemplo, psicólogos, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, profissionais de hospitais ou ambulatórios, trabalhadores comunitários.
- » **Usuários de serviço:** por exemplo, grupos ou indivíduos que vivem com a mesma condição, parentes com a mesma condição ou que cuidam de alguém com a mesma condição (depois de obter o consentimento de todos os participantes).
- » **Família e amigos:** identifique as atividades sociais prévias da pessoa que, se retomadas, poderiam dar apoio psicológico e social direto ou indireto (por exemplo, reuniões de família, saídas com amigos, visitas de vizinhos, atividades sociais nos locais de trabalho, esportes, atividades comunitárias) e incentive a pessoa a retomar essas atividades.
- » **Apoios comunitários informais:** por exemplo, grupos espirituais, iniciativas de economia solidária, grupos recreativos, grupos de mulheres, grupos de apoio a jovens, grupos culturais, grupos de autoajuda, serviço de assistência telefônica.
- » **Educação e emprego:** por exemplo, escolas, educação, programas de geração de renda ou treinamento vocacional. Especificamente, programas de prevenção de suicídio nas escolas que incluam capacitação para conscientização em saúde mental e capacitação em habilidades para reduzir as tentativas de suicídio e as mortes por suicídio entre estudantes adolescentes.

- » **Organizações não governamentais:** por exemplo, apoio jurídico, serviços de proteção de crianças, programas de combate à violência de gênero ou programas de apoio psicossocial.
- » **Serviços e benefícios governamentais:** por exemplo, sistemas públicos de justiça, serviços de bem-estar infantil, pensão, auxílio por incapacidade, descontos no transporte público.

Para facilitar a colaboração eficiente entre esses grupos, é importante:

- » Assegurar que os membros da equipe de implementação do MI-mhGAP tenham papéis e funções bem definidos.
- » **Preparar uma lista de recursos e benefícios** para ajudar os profissionais de saúde não especializados a estabelecer conexões importantes para as pessoas com condições prioritárias do mhGAP, seus cuidadores e outros parentes mediante a **reunião de informações obtidas na análise da situação e a atualização periódica da lista com base em novas informações.**

GLOSSÁRIO

TERMO	DEFINIÇÃO
Abscesso medular	Afecção da medula espinal causada por infecção bacteriana, viral ou fúngica. É caracterizado por acúmulo focal de material purulento na medula espinal. Pode causar febre, dor nas costas e déficits neurológicos. A transmissão ocorre por disseminação hematogênica do agente infeccioso.
Acatisia	Sentimento subjetivo de inquietude, com frequência acompanhada da observação de movimentos excessivos (por exemplo, movimentos inquietos das pernas, apoio alternado em um pé e no outro, passadas de um lado a outro, incapacidade de permanecer parado sentado ou de pé).
Acidente vascular cerebral	Perturbação súbita da função cerebral atribuível à doença vascular, sobretudo trombose, hemorragia ou embolia. Ver acidente vascular encefálico.
Acidente vascular encefálico	Ver acidente vascular cerebral (AVC).
Acinesia	Ausência ou perda dos movimentos voluntários. Dificuldade para iniciar movimentos, ou passar de um padrão motor a outro, que está associada à doença de Parkinson.
Aconselhamento para a solução de problemas	Tratamento psicológico que inclui o uso sistemático de técnicas de identificação e solução de problemas durante várias sessões.
Agitação	Inquietude acentuada e atividade motora excessiva, acompanhadas de ansiedade.
Agranulocitose	Distúrbio hematológico em que há ausência de granulócitos (um tipo de leucócito). É uma condição aguda que inclui leucopenia grave e perigosa, também conhecida como agranulocitose secundária induzida por medicamento.
Alucinação	Falsa percepção da realidade: ver, ouvir, perceber e sentir o cheiro ou o sabor de coisas que não são reais.
Anemia aplásica	Doença caracterizada pela incapacidade das células-tronco sanguíneas de gerar novas células maduras. Essa doença também é caracterizada por baixos níveis de hemácias, leucócitos e plaquetas. O quadro clínico pode ser de palidez, fadiga, tontura, aumento do risco de infecção ou aumento de equimoses ou sangramentos.
Ataque isquêmico transitório (AIT)	Episódio transitório de disfunção neurológica focal aguda causada por isquemia focal do encéfalo ou da retina, sem demonstração de infarto agudo na área encefálica clinicamente relacionada. Os sintomas devem desaparecer por completo em um prazo de 24 horas.
Ataques	Designação coloquial de convulsões. Ver convulsão.

TERMO	DEFINIÇÃO
Ataques de raiva	Explosão emocional de uma criança ou de pessoas em sofrimento emocional.
Ataxia	Incapacidade de coordenação muscular. As pessoas com ataxia têm problemas de coordenação por acometimento de partes do sistema nervoso que controlam o movimento e o equilíbrio. A ataxia pode afetar os dedos, as mãos, os braços, as pernas, o corpo, a fala e os movimentos oculares.
Ativação comportamental	Tratamento psicológico que se concentra na melhoria do humor pela retomada de atividades com finalidade específica e que costumavam ser agradáveis, apesar do humor deprimido atual. Pode ser usada como tratamento independente, mas também é um componente da terapia cognitivo comportamental.
Atividades da vida diária (AVD)	Um conceito de funcionamento – as atividades da vida diária são atividades básicas necessárias para a vida independente, como comer, tomar banho e usar o banheiro. Esse conceito dispõe de várias ferramentas de avaliação para determinar a capacidade de realizar a atividade com ou sem ajuda.
Autoagressão	Intoxicação ou lesão autoinfligida intencional, com ou sem intenção ou desfecho fatal.
Autonomia	A capacidade percebida de controlar, enfrentar e tomar decisões pessoais sobre o modo de vida diariamente, de acordo com as próprias regras e preferências.
Cognitivo	Designação de processos mentais associados ao pensamento, entre os quais estão o raciocínio, a memória, o juízo, a solução de problemas e o planejamento.
Comorbidade	Designação de doenças ou transtornos que ocorrem simultaneamente.
Comportamento desinibido, desinibição	Falta de comedimento que se manifesta por indiferença às convenções sociais, impulsividade e deficiência da avaliação de riscos. Pode afetar aspectos motores, emocionais, cognitivos e de percepção do funcionamento da pessoa.
Comportamento desorganizado	Comportamento – inclusive postura, marcha e outras atividades – imprevisível ou sem objetivo claro (por exemplo, gritar com desconhecidos na rua).
Comportamento opositor	Comportamento com características marcantes de desafio, desobediência, provocação ou maldade que pode se manifestar por um estado de humor raivoso ou irritável predominante e persistente, em geral acompanhado de grandes explosões de raiva, ou por um comportamento questionador e desafiante obstinado.

TERMO	DEFINIÇÃO
Confusão, estado de confusão	Estado de comprometimento da consciência associado à doença orgânica cerebral aguda ou crônica. Clinicamente, é caracterizado por desorientação, lentidão de processos mentais com associação deficiente das ideias, apatia, falta de iniciativa, fadiga e atenção deficiente. Nos estados de confusão leve, é possível obter respostas e comportamentos racionais ao exame, porém o distúrbio mais grave torna a pessoa incapaz de manter contato com o ambiente.
Consentimento livre e esclarecido	Processo pelo qual o profissional de saúde dá informações apropriadas a uma pessoa que depois pode fazer uma opção voluntária de aceitar ou recusar o tratamento. O consentimento livre e esclarecido abrange uma discussão dos seguintes elementos: natureza da decisão ou do procedimento; opções razoáveis à intervenção proposta; riscos, benefícios e incertezas relacionados a cada opção; avaliação da compreensão da pessoa e aceitação da intervenção pela pessoa.
Convulsão motora	Ver convulsão.
Convulsão, movimento convulsivo	Perturbação clínica ou subclínica da função cortical decorrente de uma descarga súbita, anormal, excessiva e desorganizada das células encefálicas (ver crise epiléptica). As manifestações clínicas incluem fenômenos motores, sensitivos e psíquicos anormais.
Crise epiléptica	Episódio de disfunção encefálica que é causada por distúrbios da função cortical e acarreta descarga súbita, anormal, excessiva e desorganizada das células encefálicas. As manifestações clínicas incluem fenômenos motores, sensitivos e psíquicos anormais.
Cuidados temporários	Oferta de estabelecimentos de atenção à saúde temporários a uma pessoa normalmente assistida em casa.
Cura tradicional	Sistema de modalidades de tratamento baseadas no conhecimento autóctone relativo à cura existente em diferentes culturas.
Déficits focais	Sinais neurológicos que são fenômenos ou respostas corporais observáveis e sugestivos da localização de uma lesão relativamente circunscrita do sistema nervoso.
Delírio	Crença fixa contrária às evidências disponíveis. Não pode ser modificado por argumento racional e não é aceito por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (ou seja, não é, por exemplo, um elemento da fé religiosa).

TERMO	DEFINIÇÃO
Delirium	Estado mental flutuante transitório caracterizado por perturbação da atenção (diminuição da capacidade de direcionar, concentrar, manter e desviar a atenção) e da consciência (diminuição da orientação no espaço) que ocorre durante um curto período de tempo e tende a variar no decorrer de um dia. É acompanhado de (outros) distúrbios da percepção, da memória, do pensamento, das emoções ou das funções psicomotoras. Pode ter causas orgânicas agudas, como infecções, medicamentos, anormalidades metabólicas, intoxicação por substância ou abstinência de substância.
Depressão respiratória	Frequência respiratória baixa e insatisfatória que acarreta oxigenação insuficiente. Entre as causas comuns estão a lesão encefálica e a intoxicação (por exemplo, por benzodiazepínicos).
Desintoxicação	Processo destinado a livrar uma pessoa dos efeitos de uma substância psicoativa. Também se refere a um procedimento clínico, o processo de retirada é realizado de maneira segura e efetiva, de maneira a minimizar os sintomas de abstinência.
Desorganização do pensamento	Distúrbio do processo de pensamento associativo, que se manifesta tipicamente na fala, no qual a pessoa passa repentinamente de um assunto a outro e não relacionado ou minimamente relacionado com o primeiro. A pessoa não dá nenhuma indicação de estar consciente da desconexão ou falta de lógica de seu pensamento.
Discinesia tardia	Distonia caracterizada por torções e espasmos musculares sustentados que afetam regiões da cabeça, do pescoço e, às vezes, das costas. Pode não melhorar após a interrupção do medicamento antipsicótico.
Distonia	Contração muscular contínua ou movimentos involuntários que podem levar a posturas anormais fixas. Ver discinesia tardia.
Distratibilidade	Dificuldade de se concentrar e fixar nas tarefas; a atenção é desviada facilmente por estímulos externos.
Doença de Alzheimer	Doença cerebral degenerativa primária de etiologia desconhecida, na maioria dos casos com elementos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. Em geral, o início é insidioso e o desenvolvimento é lento, mas contínuo durante vários anos.
Doença hemorrágica do recém-nascido por deficiência de vitamina K	A deficiência de vitamina K pode causar hemorragia grave em recém-nascidos, em geral imediatamente após o nascimento, mas às vezes até os seis meses de idade. A hemorragia pode ser cutânea, gastrointestinal, intracraniana ou mucosa. Uma das causas é o uso materno de medicamentos antiépilepticos.

TERMO	DEFINIÇÃO
Eclâmpsia	Qualquer condição que afete mulheres grávidas caracterizada por crises convulsivas de surgimento recente na gravidez. Com frequência está associada à hipertensão induzida pela gravidez, convulsões, ansiedade, dor epigástrica, cefaleia intensa, visão borrada, proteinúria e edema que podem ocorrer durante a gravidez, o trabalho de parto ou o puerpério.
Efeitos colaterais anticolinérgicos	Os medicamentos anticolinérgicos bloqueiam os efeitos da acetilcolina nos receptores muscarínicos. Os efeitos anticolinérgicos incluem boca seca, polaciúria ou retenção urinária, palpitações e taquicardia sinusal.
Efeitos colaterais/sintomas extrapiramidais (SEP)	Anormalidades do movimento muscular, causadas principalmente por medicamentos antipsicóticos. Incluem tremor muscular, rigidez, espasmos ou acatisia.
Encefalopatia hepática	Estado mental anormal que inclui sonolência, confusão ou coma causado por disfunção hepática.
Erupção cutânea maculopapular	Erupção cutânea caracterizada por máculas [áreas de pele planas] (impalpáveis) e circunscritas ou áreas de alteração da cor da pele (por exemplo, efélides) e pápulas (pequenas manchas elevadas na pele, muitas vezes com formato de cúpula e menos de 5 mm de diâmetro).
Estado de mal epiléptico	Definido como atividade epiléptica clínica ou eletrográfica contínua, ou atividade epiléptica recorrente sem recuperação (retorno ao nível inicial) entre as crises, durante 5 minutos ou mais; poder ser convulsivo ou não convulsivo.
Estado mental alterado	Alteração do nível de consciência ou do estado mental que não chega à inconsciência e com frequência é induzida pela ingestão de substâncias ou por outras condições mentais ou neurológicas. Entre os exemplos estão a confusão e a desorientação. Ver delírium e estado de confusão.
Estigma	Marca que estabelece uma distinção entre a pessoa estigmatizada e as outras, com atribuição de características negativas a essa pessoa. Com frequência, o estigma vinculado à doença mental acarreta exclusão e discriminação social e gera uma carga adicional para o indivíduo afetado.
Fala arrastada	Fala com pronúncia indistinta.
Feocromocitoma	Tumor neuroendócrino da medula suprarrenal causador de sintomas (sobretudo cefaleia, palpitações e sudorese excessiva) e sinais (principalmente hipertensão, perda de peso e diabetes) que refletem os efeitos da epinefrina e norepinefrina sobre os receptores alfa-adrenérgicos e beta-adrenérgicos.

TERMO	DEFINIÇÃO
Grupo de poupança	Atividade de poupança na qual pessoas pobres podem juntar rapidamente uma grande quantia em dinheiro pela reunião de suas economias em um fundo comum, que pode ser usado pelo grupo ou por um membro do grupo para investimento produtivo.
Hiperexcitação	Descarga autonômica intensa e prolongada acompanhada de um estado de vigilância congelada e alerta aos estímulos ambientais. Essas respostas são mais frequentes em transtornos de estresse pós-traumático e muitas vezes estão associadas a uso ou abstinência de substâncias.
Hipotensão ortostática	Queda súbita da pressão arterial que pode ocorrer ao passar da posição deitada para a posição sentada ou de pé, que geralmente causa sensação de atordoamento ou tontura. Não ameaça a vida.
Humor elevado	Estado de humor positivo caracterizado por aumento da energia e autoestima, que pode ser desproporcional às circunstâncias de vida do indivíduo.
Incapacidade	Qualquer restrição ou falta (decorrente de uma deficiência) de capacidade para realizar uma atividade do modo, ou dentro do limite, considerado normal para um ser humano. O termo incapacidade reflete as consequências da deficiência em termos do desempenho funcional e da atividade do indivíduo.
Irritabilidade, humor irritável	Estado de humor caracterizado por se aborrecer e irar com facilidade, de maneira desproporcional às circunstâncias.
Irritação meningea	Irritação das camadas de tecido que cobrem o encéfalo e a medula espinal, geralmente causada por infecção.
Isolamento social	Incapacidade de uma pessoa de participar de atividades apropriadas para a idade ou de interações com colegas ou parentes.
Luto	Processo de perda, tristeza e recuperação, geralmente associado à morte.
Meningite	Doença das meninges (membranas que cobrem o encéfalo e a medula espinal) geralmente causada por infecção bacteriana, viral, fúngica ou parasitária.
Miastenia gravis	Distúrbio da transmissão neuromuscular caracterizado por fraqueza e fadigabilidade de músculos cranianos e esqueléticos. As manifestações clínicas incluem diplopia e ptose variáveis, além de fraqueza e fadigabilidade de músculos faciais, bulbares, respiratórios e proximais dos membros.
Necrólise epidérmica tóxica	Desprendimento da pele que pode ser fatal e geralmente é causado por reação a um medicamento ou por infecção. É semelhante à síndrome de Stevens-Johnson, porém mais grave.

TERMO	DEFINIÇÃO
Neuroinfecção	Infecção do encéfalo ou da medula espinal.
Nevo aracniforme	Aglomerado de diminutos vasos sanguíneos vermelhos visíveis sob a pele; ocorre tipicamente durante a gravidez ou como sintoma de algumas doenças (por exemplo, cirrose ou acne rosácea).
Pensamento ou ideiação suicida	Pensamentos, ideias ou ruminções sobre a possibilidade de pôr fim à própria vida, desde pensar que seria melhor estar morto à formulação de planos complexos.
Pensamentos acelerados	Padrão de pensamento rápido com deslocamento tangencial de uma ideia para a próxima, com frequência associado à mania ou a outras doenças mentais.
Perambulação	As pessoas com demência sentem necessidade de caminhar sem rumo e em alguns casos saem de casa. Com frequência, podem ter problemas de orientação e se perder.
Polineuropatia	Distúrbio e perturbação funcional dos nervos periféricos. Pode causar dormência dos membros, parestesia (sensações de “formigamento”), fraqueza dos membros ou atrofia muscular e perda dos reflexos tendinosos profundos.
Politerapia	Administração simultânea de mais de um medicamento para tratar a mesma condição.
Porfíria	As porfirias constituem um grupo de doenças caracterizadas por manifestações neuroviscerais intermitentes, lesões cutâneas ou a combinação de ambas. Em geral, os sinais clínicos da doença aparecem na vida adulta, mas algumas porfirias afetam crianças. A neurotoxicidade direta ou indireta pode causar manifestações neurológicas.
Privacidade	Situação de ausência de intrusão não autorizada. Por exemplo, a privacidade pessoal nas atividades da vida diária (para clientes em estabelecimentos residenciais) ou o sigilo dos prontuários de saúde.
Produtos fitoterápicos	Variiedade de medicamentos populares, derivados ou constituídos de partes de plantas, cuja efetividade em muitos casos foi descoberta empiricamente há centenas de anos. Em muitas culturas, o conhecimento sobre a eficácia dos remédios fitoterápicos é cuidadosamente preservado e transmitido por tradição oral de uma geração para outra.
Prolongamento do intervalo QT	Um possível efeito colateral de medicamentos que afetam a repolarização miocárdica ventricular, caracterizado por prolongamento do intervalo QT no eletrocardiograma (ECG), que pode acarretar arritmias ventriculares sintomáticas e um aumento do risco de morte súbita cardíaca.

TERMO	DEFINIÇÃO
Prurido	Coceira; sensação intensa que produz a necessidade de friccionar ou arranhar a pele para obter alívio.
Pseudodemência	Distúrbio semelhante à demência, mas que não é causado por doença encefálica orgânica e pode ser reversível com tratamento; pode se manifestar como sintomas de depressão em alguns idosos.
Psicoeducação	Processo de ensinar às pessoas com transtornos MNS e a seus cuidadores e parentes sobre a natureza da doença, inclusive as prováveis causas, a progressão, as consequências, o prognóstico, o tratamento e as opções.
Reação de hipersensibilidade	As reações de hipersensibilidade são efeitos adversos de formulações farmacêuticas (princípios ativos e excipientes) que se assemelham clinicamente à alergia. Pertencem às reações medicamentosas adversas tipo B, que são definidas pela OMS como a resposta independente da dose, imprevisível, nociva e não intencional a um medicamento administrado em dose normalmente usada em seres humanos. Abrange muitos fenótipos clínicos diferentes, com início e intensidade variáveis.
Reação idiossincrásica	Resposta individual, imprevisível e independente da dose a qualquer substância: sonolência ou euforia, rubor, espasmos carpopodálicos, apneia, etc.
Recaída	Retomada do consumo de álcool ou de outras drogas após um período de abstinência, frequentemente associada ao ressurgimento de sintomas de dependência. O termo também é usado para indicar o retorno de sintomas do transtorno MNS após um período de recuperação.
Rede de relações sociais	Constructo da sociologia analítica que emprega as características dos vínculos sociais entre as pessoas como meio de compreender seu comportamento, em vez de se concentrar nos atributos dos indivíduos.
Rigidez	Resistência ao movimento passivo de um membro que persiste por toda a amplitude de movimento. É um sintoma de parkinsonismo.
Sigilo	Proteção da privacidade em situações de comunicação privilegiada (como nas consultas de pacientes a médicos) e nos prontuários médicos.
Síndrome de abstinência neonatal	A exposição intrauterina a drogas causadoras de adição pode levar a sintomas de abstinência neonatal. Em geral, os sintomas de abstinência são neurológicos e impedem a função autonômica normal. O quadro clínico da abstinência de drogas é variável e depende de vários fatores, como o tipo e a dose da droga usada e a taxa de metabolismo e excreção da mãe e do lactente.

TERMO	DEFINIÇÃO
Síndrome de Stevens-Johnson	Afeção cutânea potencialmente fatal caracterizada por doloroso desprendimento da pele e por úlceras, bolhas e crostas nos tecidos mucocutâneos como boca, lábios, orofaringe, língua, olhos e órgãos genitais, às vezes acompanhados de febre. A causa mais frequente é a reação grave a medicamentos, sobretudo antiepilépticos.
Síndrome fetal do álcool	A síndrome fetal do álcool é uma síndrome de malformação causada pelo consumo materno de álcool durante a gravidez. É caracterizada por deficiência do crescimento pré-natal e/ou pós-natal e por um conjunto específico de anomalias faciais menores que acometem todos os grupos étnicos, são identificáveis ao nascer e não diminuem com a idade. As crianças afetadas apresentam anormalidades graves do sistema nervoso central, inclusive microcefalia, deficiência cognitiva e comportamental (deficiência intelectual e déficit da cognição geral, de aprendizagem e linguagem, da função executiva, do processamento visuoespacial, da memória e da atenção).
Síndrome neuroléptica maligna (SNM)	Condição rara, mas potencialmente fatal causada por medicamentos antipsicóticos e caracterizada por febre, <i>delirium</i> , rigidez muscular e hipertensão arterial.
Síndrome serotoninérgica	Caracterizada por um excesso de serotonina no sistema nervoso central, associado ao uso de diversos agentes, inclusive os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs). A síndrome serotoninérgica pode causar rigidez muscular, mioclonia, agitação, confusão, hipertermia, hiper-reflexia, além de sintomas de disautonomia, com risco de choque com baixa resistência vascular periférica, crises convulsivas, coma, rabdomiólise e coagulação intravascular disseminada (CID).
Terapia cognitivo comportamental (TCC)	Tratamento psicológico que combina componentes cognitivos (com o objetivo de mudar o modo de pensar, por exemplo, mediante a identificação e o questionamento de pensamentos negativos infundados) e componentes de comportamento (com o objetivo de mudar a maneira de agir, por exemplo, mediante a ajuda para que a pessoa faça atividades mais recompensadoras).
Terapia de manejo de contingências	Método estruturado de recompensar certos comportamentos desejados, como comparecer para tratamento e evitar o uso de substâncias prejudiciais. As recompensas pelos comportamentos desejados são reduzidas com o passar do tempo à medida que se estabelecem as recompensas naturais.

TERMO	DEFINIÇÃO
Terapia de reforço motivacional	Uma terapia estruturada (com duração de 4 sessões ou menos) para ajudar pessoas com transtornos por uso de substâncias. Consiste em uma abordagem para motivar a mudança pelo uso de técnicas de entrevista motivacional, ou seja, dialogar com a pessoa sobre seu uso de substâncias, inclusive os benefícios e prejuízos percebidos em relação aos próprios valores, evitando discutir com a pessoa se houver resistência e incentivando-a a decidir sozinha qual pode ser sua meta.
Terapia familiar	Aconselhamento que inclui várias (geralmente mais de seis) sessões planejadas durante um período de meses. Deve ser prestada a uma família ou a grupos de famílias e deve incluir a pessoa com doença mental, se possível. Tem funções de apoio e educacional ou de tratamento. Com frequência, inclui a solução negociada de problemas ou o trabalho de gerenciamento de crises.
Terapia interpessoal (TIP)	Tratamento psicológico que se concentra na conexão entre sintomas depressivos e problemas interpessoais, sobretudo os que envolvem luto, conflitos, mudanças de vida e isolamento social. Também é conhecida como psicoterapia interpessoal.
Terapia ocupacional	Terapia destinada a ajudar as pessoas a aumentar sua independência nas atividades da vida diária mediante reabilitação, exercícios e uso de produtos assistivos. Além disso, essa terapia oferece atividades para promover o crescimento, a realização pessoal e a autoestima.
Transtornos do espectro autista	Termo geral que engloba condições como o autismo, o transtorno desintegrativo da infância e a síndrome de Asperger.
Treinamento de habilidades parentais	Um conjunto de programas terapêuticos com o objetivo de modificar os comportamentos de criação dos filhos e aumentar a confiança na adoção de estratégias efetivas de criação. Inclui ensinar aos pais habilidades de comunicação emocional e de interação positiva entre pais e filhos, além de métodos de reforço positivo a fim de melhorar o comportamento e o funcionamento de crianças e adolescentes.
Treinamento de relaxamento	Abrange o treinamento de técnicas como exercícios respiratórios para produzir a resposta de relaxamento.
Tremor	Movimentos de estremeção ou agitação, geralmente dos dedos das mãos, que são uma oscilação involuntária de uma parte de corpo.
Trombocitopenia	Diminuição anormal do número de plaquetas no sangue. Pode causar hemorragia ou aumento do surgimento de equimoses. A confirmação se dá por identificação da diminuição do número de plaquetas em uma amostra de sangue

Os transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias (MNS) são altamente prevalentes e responsáveis por uma considerável carga de doença e incapacidade em escala mundial. Para superar as diferenças entre os recursos disponíveis e a grande necessidade de serviços, a Organização Mundial da Saúde lançou o Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP). O objetivo do mhGAP é ampliar a atenção e os serviços com o uso de intervenções baseadas em evidências para a prevenção e o manejo das condições MNS prioritárias. Em 2010, publicou-se a versão 1.0 do Guia de Intervenção mhGAP para transtornos MNS, destinada a serviços de saúde não especializados, como uma ferramenta técnica simples para possibilitar o manejo integrado de condições MNS prioritárias com aplicação de protocolos para a tomada de decisões clínicas.

Com sua aceitação em mais de 90 países, a versão 1.0 do MI-mhGAP teve êxito generalizado. É com satisfação que apresentamos a versão 2.0 do mhGAP, com atualizações que incorporam novas orientações baseadas em evidências, maior facilidade de uso e novas seções para ampliar seu uso tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos gestores do programa.

Esperamos que este guia continue a servir de roteiro para oferecer atenção e serviços às pessoas com transtornos MNS em todo o mundo e nos aproxime da meta de cobertura universal de saúde.

A versão 2.0 do MI-mhGAP contém as seguintes seções:

» Práticas e cuidados essenciais

» Mapa geral

» Depressão

» Psicose

» Epilepsia

» Transtornos mentais e comportamentais em crianças e adolescentes

» Demência

» Transtornos por uso de substâncias

» Autoagressão/suicídio

» Outros problemas importantes de saúde mental

» Implementação do MI-mhGAP

Para mais informações, entre em contato com:

Department of Mental Health and
Substance Abuse

(Departamento de saúde mental e
abuso de substâncias)

Organização Mundial da Saúde

Avenue Appia 20

CH-1211 Geneva 27

Suíça

E-mail: mhgap-info@who.int

Website: www.who.int/mental_health/mhgap



9 789241 549790



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**