

CRESM

Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental
Prof. Jamil Issy



MANUAL DO ESTÁGIÁRIO DE PSIQUIATRIA DO COMPLEXO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE MENTAL PROF. JAMIL ISSY – CRESM

Setembro, 2023

CRESM

Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental
Prof. Jamil Issy



Elaboração

Dr Danilo Fiorotto - Diretor Técnico do CRESM e Vice Coordenador da COREME CRESM

Dr Aldo Francisco Veras Pereira - Coordenador da COREME CRESM

Dr Cláudio Henrique Ribeiro Reimer - Assessor da COREME do CRESM

Dra Cristiane de Jesus do Nascimento Oliveira - Coord. do Ensino e Pesquisa do CRESM

Dra Livia Lindoso - Assessora de Ensino e Pesquisa do CRESM



ÍNDICE

Apresentação e Boas Vindas	-----
Um Breve Histórico sobre o CRESM	-----
Boas práticas do Estagiário	-----
Obrigação do Estagiário de Psiquiatria do CRESM	-----
Mapa da Instituição	-----
Telefones Importantes	-----
Fluxograma de Acidentes com Perfurocortantes e Exposição a Materiais Biológicos	-----
Glossário de Termos Importantes na Psiquiatria	-----
Protocolos Institucionais	-----



APRESENTAÇÃO E BOAS VINDAS

Caros Estagiários,

É com imensa satisfação e alegria que damos as boas vindas a vocês, Estagiários do CRESM-GO

Este Manual contém as informações necessárias para auxiliar vocês no seu dia-a-dia durante seu estágio. Aqui você encontrará o acesso aos principais documentos legais norteadores o estágio e às resoluções e regimento interno, como é distribuída sua carga horária de disciplinas teóricas e práticas, como ter acesso ao drive onde estão compartilhados documentos, onde você compartilhará sua frequência mensal com a coordenação e os protocolos institucionais.

Faça bom proveito desses três anos de formação em psiquiatria!

Dr Aldo Francisco Veras Pereira – Gerente Médico do CRESM



Um Breve Histórico sobre o CRESM

O Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental Prof. Jamil Issy – CRESM, é uma unidade da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Goiás, articulados com os demais serviços do sistema de saúde, com oferta de tratamento em regime ambulatorial para pacientes em casos de transtorno mental moderado, grave e persistente. O Centro também oferta atendimento em regime ambulatorial e de internação para casos graves e de alta complexidade em dependência química (adição), decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A unidade de Aparecida de Goiânia foi inaugurada em 23 de junho de 2016.

É uma unidade de reabilitação e não prevenção. Além das ações de assistência aos usuários e as suas famílias, por meio de programa de reinserção familiar, econômica e social, realizam-se atividades para a qualificação de profissionais da saúde, por meio da Residência Médica, e Pesquisa & Ensino sobre a temática da dependência química. O CRESM é um hospital capacitado para diagnosticar, tratar e realizar o acompanhamento longitudinal (curto e longo prazo) dos pacientes. É um hospital de psiquiatria especializado em dependência química.

O protocolo terapêutico está alicerçado no atendimento médico (psiquiatra e clínico geral), multiprofissional (enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, nutricionistas, odontólogo, farmacêuticos e musicoterapeutas) e psicoeducacional (desenvolvimento de habilidades sociais, psicológicas e emocionais).

Em ambos tratamentos (internação ou ambulatorial), há necessidade do paciente ter acompanhamento psiquiátrico, psicológico, da terapia ocupacional e do serviço social. No programa terapêutico do CRESM as intervenções são múltiplas – ambulatorial, internação em leitos de saúde mental (desintoxicação e tratamento da abstinência física) e leitos de acolhimento em modelo residencial (reabilitação psicossocial). O atendimento é integral pelo SUS a pacientes que são regulados e encaminhados à unidade via, referenciados pelas Secretarias Municipais de Saúde, por meio do Complexo Estadual de Regulação de Goiás, ligado à regulação pela Secretaria de Estado da Saúde SES/GO.

A instituição médica dispõe de 108 leitos, dos quais 96 são para internação e 12 para a desintoxicação. Mensalmente, o setor Ambulatorial/Multiprofissionais atende em torno de 3,3 mil pessoas. Os leitos hospitalares estão distribuídos em 72 leitos para o público masculino adulto e 24 para o feminino adulto. Entre as atividades terapêuticas estão musicoterapia, hidroginástica, natação, vôlei, futsal, futebol de campo, peteca, jogos de tabuleiros, musculação, arteterapia, caminhadas, horta terapêutica, terapia individual, terapia de grupo, grupo de tabagismo e avaliação médica.

A título de apoio a uma saúde integral, os pacientes internados e os acompanhados ambulatorialmente, são assistidos quanto ao processo de imunização, detecção de DST's e odontologia. O CRESM disponibiliza vacinas de acordo com o calendário vacinal adulto, tais como Hepatite B, dTpa (coqueluche, tétano e difteria para



gestante), dT (difteria e tétano para adultos), Febre Amarela e Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) e campanhas emergenciais a exemplo imunização para SARS–CoV. Para doenças sexualmente transmissíveis, realizam-se, com a aquiescência do paciente, os testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite. Os casos positivos são encaminhados à rede de saúde de Aparecida de Goiânia, ou da cidade natal do paciente, para o tratamento.



Boas Práticas do Estagiário

- ✓Relacionar-se de forma ética com os demais atores da residência e pacientes;
- ✓Desenvolver as atividades solicitadas pelos tutores, preceptores e coordenadores;
- ✓Cumprir os horários propostos para o desenvolvimento de suas atividades práticas;
- ✓Realizar suas atividades e atendimentos com dedicação, zelo e responsabilidade;
- ✓Agir com urbanidade, discrição e lealdade;
- ✓Zelar pelo patrimônio dos serviços onde o programa está sendo realizado;
- ✓Comunicar aos demais Estagiário de seu programa, assim como aos preceptores ausências não previstas ao local de prática;
- ✓ Evitar levar aos locais de prática objetos pessoais ou de valor, que não sejam essenciais à sua prática, pois os campos de prática não têm responsabilidade sobre os pertences dos Estagiário;
- ✓Vestir-se e identificar-se de acordo com as normas previstas nos campos de prática;
- ✓Reportar aos preceptores, tutores e coordenação, eventuais dúvidas ou problemas no decorrer do programa.
- ✓Lembre-se:
Se comporte com o outro como gostaria que se comportassem com você.
Você está aqui para aprender, então, não perca tempo, usufrua dessa oportunidade!

Obrigações do Estagiário de Psiquiatria do CRESM



- É OBRIGATÓRIO utilizar a identificação (crachá);
- É PROIBIDA a utilização de roupas muito curtas ou decotadas, bermudas e bonés (em conformidade com a NR 32);
- É PROIBIDO utilizar adornos (anéis, colares, brincos, pulseiras, relógio de pulso, dentre outros) nos ambientes assistenciais (em conformidade com a NR 32);
- É OBRIGATÓRIO utilizar sapatos fechados e cabelo preso (quando cabelo comprido) nos ambientes assistenciais (em conformidade com a NR 32);
- É OBRIGATÓRIO utilizar o jaleco nos ambientes assistenciais, ou o uniforme do setor;
- É PROIBIDO permanecer vestido com o jaleco fora ambientes assistenciais (ex: Biblioteca, Refeitório etc);
- É OBRIGATÓRIO higienizar as mãos e punhos com água e sabão ou álcool gel 70%, antes e após manter contato direto ou indireto com os usuários e manipular medicamentos; alimentos (dos usuários ou próprios); materiais e utensílios estéreis ou contaminados; tocar em portas, maçanetas, puxadores, botões de elevadores e outras superfícies que se encontram nos ambientes onde há circulação de profissionais ou internação e circulação de usuários;
- É OBRIGATÓRIO higienizar utensílios assistenciais, tais como estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro, otoscópio, bandeja de transporte de medicamentos, dentre outros equipamentos, antes e após entrarem em contato com o usuário;
- É OBRIGATÓRIO utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) conforme necessidade estabelecida pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da instituição e pela Norma Regulamentadora - NR 32;
- É OBRIGATÓRIO realizar a organização do ambiente e da unidade do usuário (leito, mesa de cabeceira, escada, etc.) após realizar avaliação, exame físico, coleta de exames e demais procedimentos. Bagunçou? Arrume!
- É OBRIGATÓRIO proceder o adequado descarte dos resíduos resultantes das atividades exercidas, por quem realizou as mesmas. O descarte deve ser feito em conformidade com as especificidades de cada tipo de resíduo, evitando a sua exposição, dos estagiários, Estagiário, trabalhadores, docentes, usuários e seus acompanhantes a graves riscos, protegendo, ainda, a saúde coletiva e o meio ambiente.



É PROIBIDO entrar nas enfermarias com objetos de uso pessoal, como bolsas, livros ou outros de natureza semelhante;

É PROIBIDO utilizar leitos desocupados para sentar, deitar ou colocar pertences;

É PROIBIDA a utilização de celulares dentro das enfermarias (a beira do leito), salas de desintoxicação, PS. Também evite utilizar tablets nestes ambientes para fins não acadêmicos (em conformidade com a NR 32). Caso for utilizar o celular ou tablet diante dos usuários ou acompanhantes para fins acadêmicos, esclareça aos mesmos a finalidade do uso na ocasião;

É PROIBIDO o consumo de líquidos e alimentos dentro dos ambientes assistenciais. O hospital disponibiliza o refeitório para a realização desta prática e muitos setores possuem copas próprias que também podem ser utilizadas;

É PROIBIDO retocar a maquiagem (lápis de olho, rímel e batom) nos ambientes assistenciais (enfermarias, postos de preparo de medicamentos, salas de prescrição, etc.) pelo risco de contaminação das mucosas por microrganismos patogênicos presentes no ambiente;

É DESACONSELHÁVEL o uso de lentes de contato para fins estéticos ou de correção da acuidade visual nos ambientes assistenciais. Elas aumentam o risco do contágio de doenças diante da ocorrência de acidentes de trabalho com risco biológico que envolvam a mucosa ocular. Caso haja necessidade de utilizá-las, é indicado fazendo o uso de óculos de proteção durante as atividades nos ambientes assistenciais;

É OBRIGATÓRIO manter uma atitude neutra e não expressar opiniões de ordem pessoal diante dos usuários, sobre os aspectos que envolvem a terapêutica e outros assuntos. Não esqueça, você está em um momento de aprendizado. Utilize os momentos dos rounds da equipe multiprofissional para problematizar os aspectos pertinentes ao seu processo de aprendizado;



É IMPRESCINDÍVEL efetivar uma interação respeitosa, inclusiva, responsável e mantendo a privacidade. Trate o usuário pelo nome, de modo contextualizado e empático à realidade do mesmo em relação a sua idade, gênero, escolaridade, condição socioeconômica, presença de necessidades especiais, dentre outros;

É ACONSELHÁVEL e PRUDENTE manter-se respaldado pela presença do docente/supervisor/preceptor durante a realização de avaliação/exame físico ou procedimentos que envolvam exposição corporal do usuário, especialmente quando os mesmos incluírem o toque/manipulação das mamas, órgãos genitais e períneo (ex.: exame de mamas, sondagens vesicais, toque retal, etc.);

É IMPRESCINDÍVEL pedir auxílio em caso de dúvida. Não realize nenhuma atividade sem embasamento científico e segurança técnica. Peça ajuda aos seus docentes, supervisores, preceptores e à equipe multiprofissional. Não esqueça, você está em um momento de aprendizado;

É OBRIGATÓRIO manter sigilo das informações confidenciais ou privativas que foram acessadas por você em razão das suas atividades enquanto estagiário ou Estagiário. Isto inclui não revelar, reproduzir, utilizar, proporcionar o acesso ou dar conhecimento à terceiros, acerca de informações privativas da instituição ou do usuário, sejam estas de caráter administrativo (ex.: escalas de trabalho, processos jurídicos e administrativos, ouvidorias, licitações, etc.) ou assistencial (ex.: dados dos usuários, diagnósticos, terapêuticas, prognóstico, dentre outros). A referida disseminação inapropriada de informações poderá acarretar na responsabilização civil, criminal e administrativa;

É PROIBIDA a realização de registros fotográficos de pacientes, trabalhadores, acadêmicos e de estrutura física interna do hospital sem prévio consentimento do Departamento de Ensino e Pesquisa;

É PROIBIDA a publicação em Mídias Sociais e Redes Sociais de imagens e informações referentes aos usuários, estagiários, Estagiário, trabalhadores, serviços, instituição ou universidade, bem como, a divulgação de comentários e imagens de caráter discriminatórios, sensacionalistas ou pejorativos acerca dos mesmos;

É PROIBIDA a realização de pesquisas que envolvam os usuários, os acompanhantes, os trabalhadores, os Estagiário, os dados contidos nos prontuários ou qualquer outro tipo de informações referentes ao CRESM, antes do desenvolvimento dos trâmites de regulamentação e dos procedimentos institucionais de autorização.




Mapa da Instituição





Telefones Importantes

  		RAMAIS		
DEPARTAMENTO	NOME	CARGO	RAMA	FONE
SUPERINTENDÊNCIA	SALETE	SUPERINTENDÊNCIA	5507	
ASSESSORIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS	GILMAR BESSA	ASSESSORIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS	5508	
COMUNICAÇÃO	CRISPIANO	ASSESSOR DE COMUNICAÇÃO	5504	
QUALIDADE	VERUSKA	ASSESSORA DE QUALIDADE	5514	99357-2717
	SÚRIA	ASSISTENTE DA QUALIDADE	5514	
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO	POLIANA	ASSESSORA DE PLANEJAMENTO	5514	
	MARCELA	ASSISTENTE DE PLANEJAMENTO	5514	
SECRETARIA GERAL	LORENA SANTOS	SECRETÁRIO GERAL	5504	
	LUCIANA	SECRETÁRIA ASSISTENTE	5502	994206649
OUVIDORIA	MILTON	OUVIDORIA	5522	99868-9549
	RAFAEL	COMPRADOR JUNIOR	5506	
COMPRAS	LUCILENE	AGENTE ADMINISTRATIVO	5506	
	LEONEL	COMPRADOR JUNIOR	5506	
	SABRINY	AGENTE ADMINISTRATIVO	5506	
FINANCEIRO	DAVID	GERENTE FINANCEIRO	5511	
	JOSUÉ	AUXILIAR DE FATURAMENTO	5511	
	REGINALDO	AUXILIAR DE CUSTOS	5511	
	ADELSON	COORDENADOR DE PRESTAÇÃO DE CONTAS	5511	
	SAMUEL	AUXILIAR CONTABIO	5511	
	POLIENE	AUXILIAR CONTABIO	5511	
PATRIMÔNIO	DEORGE	ENCARREGADO DE PATRIMÔNIO	5512	
	KÁTIA	AGENTE ADMINISTRATIVO	5512	
DEPARTAMENTO PESSOAL	CASSIA	ASSISTENTE DE DP. PESSOAL	5505	
	ANISIA	ENCARREGADA DE DP	5505	
	PAULO HENRIQUE	AGENTE ADMINISTRATIVO	5505	
RH	GREYCE HELLEN	ANALISTA DE RH	5505	
	REJANE	ANALISTA DE RH	5505	
GERENCIA ADMINISTRATIVA	DIEGO	GERENTE ADMINISTRATIVO	5509	
GERENCIA OPERACIONAL	CLEYDSON	GERENTE OPERACIONAL	5509	
TI		TI	5513	
FARMÁCIA	FABIANO	SUPERVISOR DE FARMÁCIA	5531/5527	
GERENCIA MÉDICA	DANILO FIOROTTO	DIRETOR TÉCNICO	5516	
	ALDO	GERENTE MÉDICO	5517	
	MARCIA	ENCARREGADA ADMINISTRATIVA	5516	
GERENCIA DE ENFERMAGEM	MOANA	GERENTE DE ENFERMAGEM	5517	
	ZILMAR	SUPERVISOR DE ENFERMAGEM	5517	
	MARCUS TÚLIO	GERENTE MULTIPROFISSIONAL	5517	
GERENCIA MULTIPROFISSIONAL	CLAÚDIA	SUPERVISORA REINserÇÃO SOCIAL	5520	
	RITA DE CÁSSIA	SUPERVISORA DE ATENDIMENTO	5503	
RECEPÇÃO	PAULA / ANAIR	CENTRAL	5500	
	RECEPÇÃO CAPS	RECEPÇÃO CAPS	5519	
	RECEPÇÃO INFANTO	AMBULATÓRIO INFANTO JUVENIL	5515	
	FERNANDA / JULIANA	AGENDAMENTO	5501	
SADT/SAME/CCIH/NIR/NHE	LUCIANA	TECNICA DE ENFERMAGEM-SADT	5518	
	ADNA	AGENTE ADMINISTRATIVO	5518	
	JORDANNA	ENFERMEIRA-NIR	5518	
	SOLANGE	ENFERMEIRA-NHE	5518	
	KÉSIA	ENFERMEIRA-CCIH	5518	
ENSINO E PESQUISA	NAIRANY	ANALISTA DE ENSINO E PESQUISA	5504	
	DR. CRISTIANE	COORDENADORA DE ENSINO E PESQUISA	5504	
	DR.LIVIA	ASSESSORA DE ENSINO E PESQUISA	5504	
SALA DE SEGURANÇA	IRÍS	ENCARREGADO DE SEGURANÇA	5525	
SALA DE REUNIÃO			5510	
CME	LEANE	TECNICA DE ENFERMAGEM-CME	5523	

Identificação: RQ 229 Versão: 03 Revisão: 02



Fluxograma de Acidentes com Perfurocortantes e Exposição a Materiais Biológicos

Etapa	Descrição da Atividade	Função Responsável
Identificação	<ul style="list-style-type: none">● Identificar as circunstâncias do acidente com perfurocortante, e agir dentro do prazo de 2h para maior eficácia da profilaxia;● Identificar o paciente fonte e colaborador acidentado.	Enfermeiro
Higienização	<ul style="list-style-type: none">● Realizar limpeza do local com água, sabão e álcool 70% no ferimento ou na pele exposta ao sangue ou líquido orgânico.	Enfermeiro
Preenchimento dos documentos	<ul style="list-style-type: none">● Realizar coleta dos dados para preenchimento dos termos de consentimento (vítima/fonte) em três vias (1° via para arquivar na unidade, 2° via para unidade de atendimento, e 3° via para o colaborador);● Preencher também termo de recusa no caso em que vítima ou fonte se recusem a realizar o procedimento.	Enfermeiro



Testes Rápidos	<ul style="list-style-type: none">● Realizar testes rápidos de sífilis, HIV, hepatite B e C, no paciente fonte e colaborador acidentado. Todos os pacientes fontes que se recusarem a realizar teste rápido devem ser considerados como soropositivos em alto título devem ser considerados como soropositivos em alto título viral.	Enfermeiro
Atendimento com médico plantonista	<ul style="list-style-type: none">● Encaminhar o colaborador acidentado para atendimento com médico plantonista do CREDEQ, onde o mesmo realizará um relatório médico com as características do acidente. O relatório também deverá ser encaminhado para a unidade de atendimento junto com o colaborador.	Enfermeiros Médico plantonista



Encaminhamento do colaborador	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar o colaborador, para uma das unidades referência (Upa Brasicon ou Cais Nova Era) juntamente com relatório médico, termos de consentimento, e termo de recusa se houver, resultado de testes rápidos e o encaminhamento médico;• Acompanhar o colaborador até a unidade de atendimento para auxiliar no procedimento (Enfermeiro ou técnico de enfermagem de plantão).	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
Comunicação	<ul style="list-style-type: none">• Realizar comunicação do ocorrido e condutas realizadas, junto à gerência de enfermagem de forma verbal e por e-mail.	Enfermeiro
Registro	<ul style="list-style-type: none">• Realizar registro do fato ocorrido, no caderno ata destinado para acidentes com perfurocortantes localizado na sala de vistoria.	Enfermeiro
Registro da CAT	<ul style="list-style-type: none">• Proceder com envio de e-mail formal comunicando ao RH e técnico de segurança do trabalho para que a CAT seja providenciada.	Gerência/ Supervisor de enfermagem

Os acidentes com agulhas e materiais perfurocortantes são responsáveis pela grande probabilidade de acidentes ocupacionais envolvendo vírus, bactérias, fungos e outros micro-organismos para os trabalhadores de saúde.



Os ferimentos com agulhas e materiais perfurocortantes são considerados, em geral, extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir vários patógenos, sendo os vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), da Hepatite B e da Hepatite C os agentes infecciosos mais comumente envolvidos. Evitar a exposição ocupacional é o principal caminho para prevenir a transmissão dos vírus das Hepatites B e C e o do HIV.

O grau de risco de contaminação com diferentes agentes infecciosos é variável, considerando-se que a exposição de mucosas íntegras, representa risco médio de 0,1% e quando há exposição da pele íntegra, o risco é inferior a 0,1%. Entretanto os materiais perfurocortantes no ambiente hospitalar ou laboratorial, frequentemente veiculam sangue ou secreções, elevando os riscos ao profissional de saúde, de adquirir uma doença infecciosa, especialmente os vírus HIV e da hepatite.

Condutas primárias foram desenvolvidas para reduzir o risco dos profissionais de saúde sofrerem acidentes com materiais perfurocortantes. A primeira é o cumprimento das normas estabelecidas pelos órgãos competentes, incluindo a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), e ainda, medidas de manuseio e descarte apropriado dos materiais. A segunda é prover os profissionais de conhecimento e materiais que ofereçam maior segurança durante seu manuseio e descarte.

Vários estudos mostram que as agulhas causam lesões em todas as fases da sua utilização, desmontagem ou eliminação. Mas há divergências a respeito de porque os acidentes são tão comuns entre os profissionais de saúde ou porque soluções simples não resolvem o problema.

Os vírus HBV, HCV, HEV, HGV, HAV, HIV-1, HIV-2, e HTLV/II, são os principais patógenos envolvidos em acidentes de profissionais de saúde com materiais perfurocortantes, e podem ser transmitidos em vários locais de trabalho na área da Saúde. O potencial desta infecção varia de acordo com o grau de exposição a que o profissional seja submetido, sendo este risco maior nos que manuseiam materiais perfurocortantes, como os médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem e os profissionais responsáveis pela coleta de sangue. Ante o contexto, registramos informações acerca do adequado uso de materiais, orientando para seu manuseio seguro.

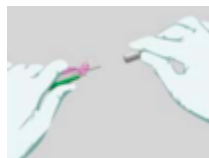
DISPOSITIVO DE SEGURANÇA EM COLETA DE SANGUE A VÁCUO

O dispositivo de segurança deve ser parte integral da agulha, fornecendo uma cobertura/tampa de superfície rígida que permita que as mãos permaneçam atrás do elemento perfurante ou cortante, conforme exemplos a seguir:



Imagem 01: Agulha com dispositivo.

Procedimento de coleta usando agulha para coleta de sangue a vácuo, com dispositivo de segurança:



1-

Abra a agulha e retire a proteção transparente



2- Rosqueie a agulha no adaptador



3- Levante o dispositivo de segurança e retire a proteção da agulha



4- Observe que o bisel ficou voltado para cima. Puncione a veia do paciente



5- Após a coleta,
acione
imediatamente o
dispositivo de
segurança



6- Descarte o
conjunto em um
descartador para
perfurocortantes

Imagem 02: Demonstrativo de uso e descarte da agulha com dispositivo.

Nos casos de pacientes com acessos difíceis, deve-se utilizar escalpes, por possuírem agulhas mais compactas que proporcionam maior mobilidade e facilidade no manuseio pelo flebotomista e eles também devem conter estes dispositivos de segurança.

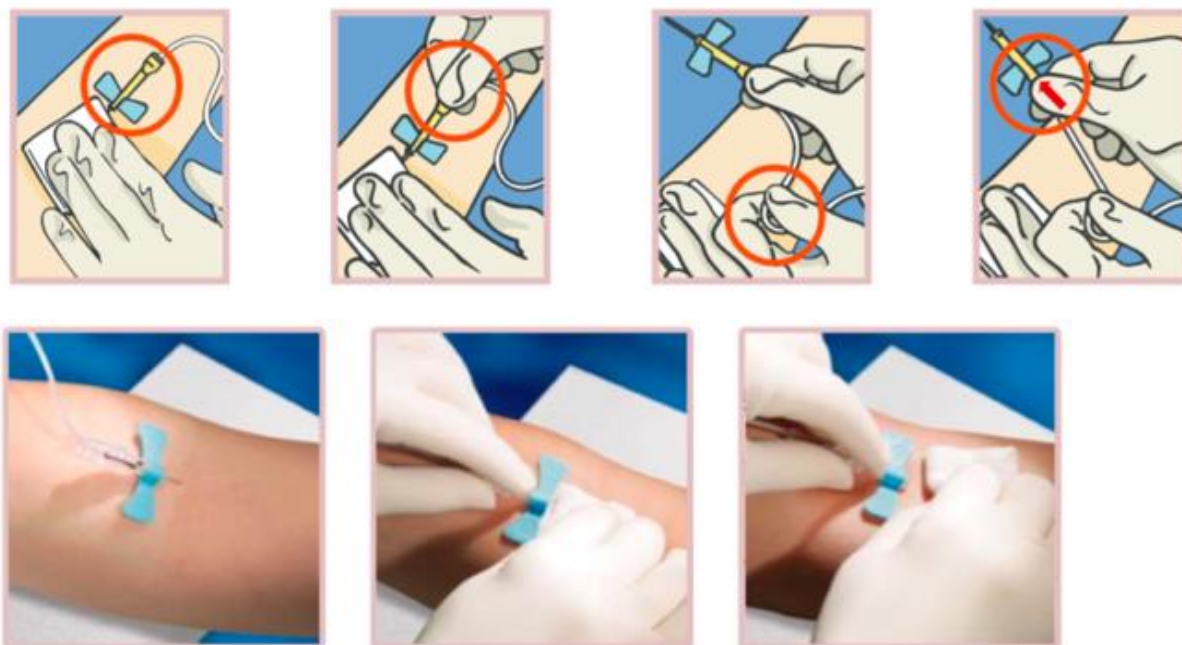


Imagem 03: Demonstrativo de uso e descarte da agulha com dispositivo.

NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR SETOR

Para a elaboração deste plano, foram relacionados os setores com os quantitativos de funcionários que manuseiam diretamente os dispositivos perfurantes ou cortantes. As



funções relacionadas são: Médicos (as), enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem, coletador de resíduos, Serviços gerais.

Setor internação	Nº de funcionário
Enfermeiros	17
Técnicos de Enfermagem	60
Coletador de resíduos	19
Rouparia	01
Médicos	27
Odontólogo	01
Auxiliar de odontologia	01
Total de funcionários	126

Tabela 01: Relação de funcionários que manuseiam diretamente os dispositivos perfurantes ou cortantes.

OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO

Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes para a elaboração e implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes com probabilidade de exposição a agentes biológicos, visando à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Objetivo Específico

Adequar práticas de trabalho e o uso de equipamentos de proteção individual; realizar ações educativas; reduzir a realização de procedimentos invasivos quando possível; buscar uma relação trabalhador/paciente adequada; minimizar riscos através do uso de um controle de engenharia no ambiente ou no próprio perfurocortante (perfurocortantes com



mecanismos de segurança); eliminar e reduzir o uso de agulhas e outros perfuro cortantes onde for possível.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR CCIH

A responsabilidade pela prevenção deverá ser compartilhada entre os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, que terá como objetivo eliminar os acidentes com perfurocortantes entre os trabalhadores da saúde, implementando a cultura de segurança na instituição, fazendo com que os profissionais entrem no “clima de segurança”, aderindo às práticas de trabalho seguras. Esta Comissão será responsável pelo planejamento e acompanhamento das ações de identificação, registro e avaliação dos acidentes com perfurocortantes entre os profissionais que atuam na instituição. As reuniões serão realizadas semestralmente ou de forma extraordinária, se houver necessidade.

MEMBROS DA CCIH

Nome	Cargo / Função	Telefones
Danilo Fiorotto Campos	Diretor Técnico	1. (62) 39525500
Moana Salviano Neto	Gerente de Enfermagem	2. (62) 39525500
Zilmar Alves de Almeida	Supervisor de Enfermagem	3. 62) 39525500
Leane Teixeira Souza Santos	Técnica de Enfermagem CME	4. (62) 39525500
Elisandro de Jesus	Supervisor de Hotelaria	5. 62) 39525500
Fabiano Oliveira Duarte	Farmacêutico	6. (62) 39525500

**Janaina Novais**

Nutricionista

7. (62) 39525500

Késia Pinheiro da Costa

Responsável CCIRAS

8. (62) 39525500

ATRIBUIÇÕES

Superintendência

Comunicar o comprometimento da instituição com a segurança do trabalhador e prover pessoal e recursos, inclusive financeiros, para atender às metas do programa.

CCIH

Avaliar as implicações dos perfurocortantes com dispositivos de segurança para a ocorrência e prevenção de infecções.

SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do trabalho)

Promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, através da coleta de informações detalhadas sobre os acidentes notificados; auxiliando nas avaliações da subnotificação de acidentes entre os trabalhadores da saúde; avaliando os fatores que contribuem para os acidentes com perfuro cortantes e propor soluções; promovendo a notificação de acidentes, práticas de trabalho seguras e a implementação de prioridades de prevenção entre os trabalhadores.

Responsável PGRSS

Colaborar na identificação de riscos do meio ambiente que não são detectados através das notificações de acidentes com perfurocortantes e avaliar as implicações ambientais das intervenções propostas.

Central de material esterilizado – CME



Fornecer informações sobre os riscos de acidentes no reprocessamento de perfurocortantes e identificar as questões logísticas envolvidas na implementação de perfurocortantes com dispositivos de segurança.

Setor de Compras

Auxiliar na identificação de produtos e fabricantes de perfurocortantes com dispositivos de segurança e fornecer informações sobre custo para tomada de decisões.

ANÁLISE DOS ACIDENTES DE TRABALHO OCORRIDOS E DAS SITUAÇÕES DE RISCO COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES

A comissão deve analisar as informações existentes no PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e no PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional), além dos acidentes ocorridos através das investigações de acidentes com materiais perfurocortantes realizadas pelo setor de Segurança do Trabalho.

Com as informações dos acidentes, que devem ser registradas em livro ata específico, a comissão deverá desenvolver análises sobre os riscos e situações que levaram a ocorrência desses acidentes. Após a apuração dos fatos, a comissão gestora deve estudar as medidas para diminuir e/ou eliminar os riscos de forma a proporcionar um ambiente de trabalho seguro para os colaboradores desenvolverem suas atividades laborativas com segurança.

CONCEITOS DE CULTURA E SEGURANÇA

A cultura organizacional é representada pelas normas e pelos procedimentos que cada local de trabalho estabelece para as tarefas diárias. Mostra-se fortemente associada com as percepções dos trabalhadores sobre as características do trabalho e o funcionamento organizacional.

A cultura de segurança é o comprometimento compartilhado dos gestores e dos trabalhadores para garantir a segurança do ambiente de trabalho. Uma cultura de segurança permeia todos os aspectos do ambiente de trabalho e encoraja cada indivíduo da organização a se responsabilizar pela segurança e atenção no que estiver relacionado a ela. Os trabalhadores percebem a presença de uma cultura de segurança com base em múltiplos fatores, incluindo:

1. Ações tomadas pela administração para melhorar a segurança;



2. Participação do trabalhador no planejamento da segurança;
3. Disponibilidade de diretrizes e políticas de segurança escritas;
4. Disponibilidade de dispositivos de segurança e equipamentos de proteção adequados;
5. Influência das opiniões dos colegas em relação às práticas de segurança;
6. Forma como a segurança é abordada durante a socialização do trabalhador na instituição;

Todos esses fatores indicam o comprometimento da organização com a segurança.

Nos serviços de saúde os níveis de cultura de segurança vinculam-s

1. Adesão do trabalhador às práticas de trabalho seguras;
2. Exposição reduzida a sangue ou outros materiais biológicos, incluindo a diminuição dos acidentes com perfuro cortantes;
3. Aceitação dos perfuro cortantes com dispositivos de segurança que tenham sido implementados.

Cultura de segurança do paciente

A cultura de segurança também é relevante no atendimento ao paciente e em relação à sua segurança. Dessa forma, mesmo considerando que o foco deste manual é a segurança dos trabalhadores da saúde, é importante acrescentar que as estratégias relacionadas à cultura de segurança também têm importantes implicações com relação à saúde e ao bem-estar dos pacientes.

PROCEDIMENTOS E ANEXOS A SEREM ADOTADOS EM CASO DE ACIDENTES

Unidades de referência para acidentes com material biológico:

- UPA Brasicon;
- CAIS – Nova Era.

Fluxograma em caso de acidente com material biológico



FLUXOGRAMA PARA O ATENDIMENTO DE ACIDENTE COM O MATERIAL BIOLÓGICO, DO COLABORADOR COM VÍNCULO TRABALHISTA.



COLABORADOR ACIDENTADO



LAVAR O LOCAL COM ÁGUA E SABÃO



COMUNICAR CHEFIA IMEDIATA E O SESMT



CHEFIA IMEDIATA OU SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM OU SESMT

1 – ORIENTAR O ACIDENTADO

2- COLETAR OS TERMOS DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE FONTE

3 – REALIZAR OS TESTES RÁPIDOS DO COLABORADOR E DO PACIENTE FONTE (SE IDENTIFICADO)

4 – ACIONAR O SETOR DE TRANSPORTE (AMBULÂNCIA)

4.1- **OBS:** O PROFISSIONAL DEVERÁ SER ENCAMINHADO ACOMPANHADO DE PROFISSIONAL DO CRESM (SE POSSÍVEL ENFERMEIRO)



ENFERMEIRO:

CABE AO ENFERMEIRO PREENCHER TODOS OS TERMOS NECESSÁRIOS E DISPONIBILIZA-LO PARA O FUNCIONARIO ACIDENTADO ENTREGAR NA UNIDADE DE REFERÊNCIA.



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM OU SESMT.

DEVERÁ SER INFORMADO SOBRE O FATOS IMEDIATAMENTE





ENCAMINHAR O FUNCIONÁRIO PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA COM
O LAUDO DOS TESTES RÁPIDOS, OS TERMOS DE CONSENTIMENTO
OU TERMO DE RECUSA SE HOVER DO PACIENTE FONTE



SEGUIMENTO NA SAÚDE OCUPACIONAL (SESMT) PARA FAZER
REGISTRO, CAT E ACOMPANHAMENTO.

Para os registros das informações orientadas, serão utilizados os formulários abaixo discriminados, conforme finalidade.

Glossário de Termos Importantes na Psiquiatria



A

Acinesia – é o estado ou reação de imobilização (sem que haja paralisia).

Acoasma – alucinação auditiva indiferenciada. O paciente ouve ruídos e sons indefinidos.

Acrofobia – medo irracional que o indivíduo sente quando se encontra em lugares altos.

Adolescência – estágio da vida humana durante o qual o indivíduo atinge sua maturidade sexual. É o período que se inicia por volta dos 13 anos e termina entre 18 e 21 anos.

Alestesia – sensação tátil do lado oposto ao que é estimulado, em geral num ponto simétrico.

Ansiógeno – ato ou situação geradora de medo ou de angústia.

Adiadocosinesias – refere-se a incapacidade de executar rapidamente movimentos antagonistas (ex. abrir e fechar as mãos), é a falta de coordenação dos movimentos corporais.

Afasia ou dislexia adquirida – é uma lesão na área nobre da linguagem no cérebro, por derrame, tumores, acidentes vasculares (hemorragia), traumas na cabeça, meningites, infecções e herpes. Ela causa dificuldades na fala, na compreensão, na leitura e na escrita. Utilizam-se várias classificações tais como afasia expressiva e receptiva, congênita e adquirida.

Afasia de Broca (afasia de expressão, motora ou não fluente) - clinicamente observa-se blackuzida produção com frases curtas, agramáticas e amelódicas. A compreensão da linguagem verbal geralmente encontra-se preservada e a capacidade de repetição, comprometida. Os métodos de imagem (Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética) revelam lesões ou assimetrias na região frontal posterior e porção anterior da região têmporo-parietal de pblackomínio à esquerda. Em casos de lesões vasculares, o território comprometido pertence ao ramo superior (rolândico) da artéria cerebral média esquerda.

Afasia de Wernicke (afasia de compreensão, sensorial ou fluente) - as estruturas comprometidas localizam-se nas porções mais posteriores como a porção posterior do giro temporal superior ou área de Wernicke e o córtex auditivo primário, no giro de Heschl. A compreensão da linguagem verbal e a repetição encontram-se intensamente comprometidas, com fluência verbal preservada e conteúdo anormal com tendência a substituições (parafasias). Os métodos de imagem revelam lesões têmporo-parietais no



hemisfério esquerdo, no território de irrigação do ramo inferior da artéria cerebral média ipsolateral.

Afasia global (afasia mista) - distúrbio significativo dos processos de compreensão e expressão da linguagem. Geralmente associado a hemiparesia direita determinado por extensas lesões nas áreas da linguagem, acometendo o território de irrigação da artéria cerebral média esquerda.

Afasia Progressiva Primária - essa denominação define uma síndrome degenerativa que cursa com perda gradual da capacidade de linguagem na ausência de demência generalizada. A Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética revelam assimetria cortical que se traduz por atrofia localizada com alargamento dos sulcos fronto-temporais e da fissura peri-silviana a esquerda com dilatação do corno temporal correspondente, de caráter progressivo em exames sucessivos. Os métodos de Neuroimagem funcional como SPECT e PET apresentam maior sensibilidade, revelando hipoperfusão e hipometabolismo nas áreas afetadas, mesmo na ausência de alterações anatomicamente detectáveis pela Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética.

Agnosia - etimologicamente, a falta de conhecimento. Impossibilidade de obter informações através dos canais de recepção dos sentidos embora o órgão do sentido não esteja afetado.

Agnosia visual - compreende a incapacidade de reconhecimento visual de objetos na ausência de disfunções ópticas. Os métodos de neuroimagem permitem a identificação de lesões têmporo-occipitais bilaterais, geralmente de origem isquêmica, determinantes dessa condição. Outros dois tipos particulares de agnosia visual podem ser diferenciados:

Alexia: refere-se à perda da capacidade de reconhecimento de palavras escritas. Através dos métodos de neuroimagem pode-se detectar lesões no território de irrigação da artéria cerebral posterior esquerda, com comprometimento parcial do corpo caloso;

Agnosia auditiva - incapacidade de reconhecimento e distinção de sons na ausência de quaisquer déficits auditivos. Exames de neuroimagem revelam lesões na região temporal (córtex auditivo secundário, área 22 e parte da área 21 de Brodmann) no hemisfério cerebral direito.

Agrafia - impossibilidade de escrever e reproduzir os seus pensamentos por escrito.

Agramatismo - ausência de elementos gramaticais conhecidos durante a conversação.

Alexia – perda da capacidade de leitura de letras manuscritas ou impressas.



Algesia – capacidade para sentir dor.

Alienação – o ato de tornar alheio. Na psicologia este termo designa os conteúdos reprimidos da consciência e também os estados de despersonalização em que o sentimento e a consciência da realidade se encontram fortemente diminuídos.

Aliteração – é a repetição de letras ou sílabas no início da palavra. Por exemplo, sol, sola, solo – sapo, sapato, etc.;

Aloestesia – localização de uma sensação cutânea do lado do corpo oposto ao que é estimulado, em geral num ponto simétrico.

Alucinação – uma falsa experiência de sensação ou percepção. Não há o estímulo adequado, mas a experiência parece real. Interpretação anormal das próprias percepções. Devaneio, delírio, ilusão.

Analgesia – incapacidade para sentir dor. Estado em que os estímulos dolorosos são percebidos, mas não são entendidos como dor, normalmente são seguidos de sedação sem que haja perda da consciência.

Anamnese - levantamento dos antecedentes de uma doença ou de um paciente, incluindo seu passado desde o parto, nascimento, primeira infância, bem como seus antecedentes heblackitários.

Anomia – dificuldade em lembrar-se ou emitir palavras ou nome dos objetos.

Anorexia - Doença de fundo psicológico caracterizada por um transtorno alimentar - a pessoa não se alimenta. Em geral, acomete mulheres adolescentes. Entre os sintomas estão a magreza excessiva e a ausência der menstruação. Em casos extremos, a pessoa pode morrer.

Anoxia – é a palavra utilizada para vários eventos médicos, significa a diminuição ou insuficiência de oxigenação do sangue para suprir as exigências metabólicas de um organismo humano vivo, especialmente no cérebro.

Apnéia – interrupção voluntária dos movimentos respiratórios: retenção da respiração.

Apoplexia - súbita perda de consciência e do controle muscular devido a uma trombose ou a uma hemorragia cerebral.

Aptidão - capacidade para aprender, para adquirir habilidades ou conhecimentos.



Apraxia - impossibilidade de resposta motora na realização de movimento com uma finalidade. A pessoa não realiza os movimentos apesar de conhecê-lo e não ter qualquer paralisia. São caracteristicamente determinadas por lesões parietais. Alguns tipos particulares de apraxia incluem:

Apraxia ideomotora: é a inabilidade de realizar atos motores sob comando verbal, embora esses atos sejam facilmente realizados de modo espontâneo. Lesões do fascículo arqueado e da porção anterior do corpo caloso podem ser responsáveis por esse tipo de distúrbio.

Apraxia ideatória: é a incapacidade de realizar certos movimentos sequenciais na realização de um ato (como o exemplo clássico de tirar um cigarro do maço e acendê-lo). Embora cada movimento separado seja executado facilmente. A localização precisa das estruturas afetadas nessa disfunção neuropsicológica ainda é incerta.

Apraxia construtiva: é a incapacidade de reproduzir ou copiar um modelo visual apresentado, na ausência de distúrbios visuais, perceptivos ou motores. Lesões parietais localizadas à direita, costumam determinar quadros mais intensos, geralmente associados à negligência dos elementos contralaterais.

Aprendizagem – é um processo através do qual a criança se apropria ativamente do conteúdo da experiência humana, daquilo que seu grupo social conhece. Para que a criança aprenda, ela precisa interagir com outros seres humanos. Nessas interações, a criança vai gradativamente ampliando sua maneira de lidar com o mundo e vai construindo significados para suas ações e para as experiências.

Aprosexia - incapacidade de fixar a atenção. O indivíduo não consegue permanecer atento.

Astereognosia - incapacidade de reconhecimento de objetos pelo tato, na ausência de disfunção sensitiva. Geralmente determinada por lesões envolvendo o giro pós-central contralateral.

Ataxia - dificuldade de equilíbrio e de coordenação dos movimentos voluntários. Pode ter causas pré, peri ou pós natais sendo as principais: sangramentos maternos, trauma craniano. A ataxia é a forma mais rara de Paralisia Cerebral, apresentando uma incidência de apenas 5% dos casos desta patologia (em humanos). Outros tipos diferenciados são:

- Disdiadococinesia: Alteração de realizar movimentos alternados.
- Tremor: Manifesta-se durante um movimento voluntário
- Dismetria: Erro na medida de movimentos,



- Distasia: Dificuldade de manter-se em pé,
- Disbasia: Dificuldade na marcha, marcha cambaleante,
- Disartria: Dificuldade na fala, fala pastosa e,
- Nistagmo: Incoordenação do músculo do globo ocular.

Atetose – sintoma neuromotor caracterizado pelo movimento lento, involuntário, contorcido e com tremor dos dedos, mãos, pés e em alguns casos, braços, pernas, pescoço e língua. Está associado a adiadocosinesias, dismetrias, sincinesias e mímicas faciais inexpressivas.

Autismo ou Transtorno do Espectro Autista (TEA) - é uma condição geral para um grupo de desordens complexas do desenvolvimento cerebral, antes, durante ou logo após o nascimento (pré - peri ou pós natal). Esses distúrbios se caracterizam pela dificuldade na comunicação social e comportamentos repetitivos. Embora todas as pessoas com autismo partilhem essas dificuldades, o seu estado irá afetá-las com intensidades diferentes. Assim, essas diferenças podem existir desde o nascimento e serem óbvias para todos; ou podem ser mais sutis e tornarem-se mais visíveis ao longo do desenvolvimento. Este quadro pode ser associado com deficiência intelectual, dificuldades de coordenação motora e de atenção e, às vezes, as pessoas com autismo têm problemas de saúde física, tais como distúrbio do sono ou gastrointestinais e podem apresentar outras condições associadas. Na adolescência podem desenvolver ansiedade e depressão (Duarte, 2016).

Aversão - repugnância excessiva (ou evitação), desprazer em relação a objetos, pessoas ou atos.

Atonia - Diminuição do tono de um músculo liso ou estriado.

B

Batofobia - medo irracional de profundidade. O indivíduo apresenta medo anormal de situar-se em locais profundos (poços, buracos profundos).

Bulimia – condição psicológica em que a pessoa tem o hábito de comer demais e é incapaz de controlá-lo. A ingestão da comida é seguida por medidas destinadas a evitar ganho de peso, por exemplo, vômitos, uso de laxantes ou exercícios em excesso.

Bulimia – condição psicológica em que a pessoa tem o hábito de comer demais e é incapaz de controlá-lo. A ingestão da comida é seguida por medidas destinadas a evitar ganho de peso, por exemplo, vômitos, uso de laxantes ou exercícios em excesso.



Bullying – termo empregado para descrever atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo (do inglês bully, tiranete ou valentão) ou grupo de indivíduos causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder. Segundo Silva (2010), o bullying pode ser demonstrado de diferentes formas: verbal; física; psicológica; moral; sexual e virtual.

Bradiartria ou bradilalia - perturbação na fala devido lesões cerebrais. A pronúncia torna-se monótona, com uma lentidão anormal. É uma das formas de disartria.

C

Catarse - é o método (psicanalítico) que visa a eliminar perturbações psíquicas, excitações nervosas, tensões, angústia, através da provocação de uma explosão emocional ou de outras formas, baseando-se na memorização da cena e de fatos passados que estejam ligados àquelas perturbações. É o efeito provocado pela conscientização de uma lembrança fortemente emocional ou traumatizante até então reprimida.

Catalepsia - estado de retenção involuntária da postura, dos membros ou outros órgãos do corpo. Encontrado especialmente na histeria, esquizofrenia catatônica e estados hipnóticos.

Catatonía - síndrome complexa em que o indivíduo se mantém numa dada posição ou continua sempre o mesmo gesto sem parar. Persistência de atitudes corporais sem sinais de fadiga.

Catatímia - perturbação psíquica ou mental. É quando a emoção turva a razão, ou seja, é quando ocorre a alteração no raciocínio do doente de modo a impossibilitá-lo de realizar bons julgamentos. É o que provoca os chamados estados passionais e previstos em lei pelo Código Penal Brasileiro.

Cenestesia - impressão geral resultante de um conjunto de sensações internas caracterizado essencialmente por bem-estar ou mal-estar.

CID-10 – é a lista de tabulação da Classificação Internacional de Doenças, contendo descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.

Cinestesia - Conjunto de sensações pelas quais se percebem os movimentos musculares. É a impressão geral resultante de um conjunto de sensações internas caracterizado essencialmente por bem-estar ou mal-estar.

Claustrofobia - medo irracional de lugares fechados (elevadores, trens, aviões, etc.)



Cleptomania - impulso irresistível para roubar objetos, geralmente sem utilidade ou desnecessários.

Clônico - estado que se segue à contração muscular tônica (espasmo) na crise epiléptica e caracteriza-se pela convulsão. Estado do músculo caracterizado por contrações rápidas e involuntárias.

Cognição - é a capacidade de adquirir conhecimento.

Compulsão - impulso incontrolável para agir de modo irracional. Enquanto obsessão diz respeito à ideia fixa irracional, compulsão refere-se ao ato constantemente repetido.

Consciência fonológica - denomina-se consciência fonológica a habilidade metalinguística de tomada de consciência das características formais da linguagem. Esta habilidade compreende dois níveis:

- A consciência de que a língua falada pode ser segmentada em unidades distintas, ou seja, a frase pode ser segmentada em palavras; as palavras, em sílabas e as sílabas, em fonemas.
- A consciência de que essas mesmas unidades repetem-se em diferentes palavras faladas (rima, por exemplo).

Coordenação visuomotora - é a integração entre os movimentos do corpo (globais e específicos) e a visão.

Coordenação motora fina – é a condição que permite realizar atividades que envolvem pequenas áreas da musculatura do corpo, por exemplo, a mão para escrever e pintar.

Coordenação motora grossa – é a capacidade de fazer atividades que envolvem grandes áreas da musculatura do corpo, como fazer ginástica e movimentos amplos.

Corporeidade - é a maneira pela qual o cérebro reconhece e utiliza o corpo como instrumento relacional com o mundo. É o corpo vivido em sua totalidade.

Criatividade - inventividade, inteligência e talento, natos ou adquiridos, para criar, inventar, inovar, quer no campo artístico, quer no científico, esportivo etc. “Função inventiva de imaginação criadora, dissociada da inteligência” (Henri Pieron)

Curva da aprendizagem - curva que mostra o tempo gasto e o progresso na aquisição de uma habilidade.



D

Delírio - estado de perturbação mental caracterizado por um raciocínio que não corresponde à realidade. Existem vários tipos de delírios, como de perseguição, de envenenamento, de grandeza, de prejuízo, de auto-acusação, etc.

Demência – doença mental orgânica, com comprometimento da capacidade intelectual e alteração da memória, bem como desorientação e alterações da personalidade.

Desorientação visuoespacial - consiste na perda da habilidade de execução de tarefas visualmente guiadas, na perda da capacidade de interpretação de mapas e de localização na vizinhança ou mesmo dentro de casa. Os aspectos de neuroimagem podem revelar áreas isquêmicas ou de hipoperfusão nas regiões têmporo-occipitais de predomínio à direita.

Diadocosinesia – dissociação, alternância e coordenação de movimentos, realizados por dois membros ou por dois segmentos corporais. A perda dessa função é chamada disdiadococinesia e é um sinal característico de lesão cerebelar.

Diálogo Tônico – compreensão (aceitação e confiança) do outro, proporcionada pelo contato ou pela mobilização corporal. A Teoria de Henri Wallon trabalha com o diálogo tônico, a comunicação sem o uso da língua construída entre dois seres humanos. Wallon acredita que o bebê dialoga com a mãe por meio de suas reações corporais e desde o momento da concepção, já podem começar a construir o diálogo tônico, através da fala da mãe e carícias da mesma, com a sua barriga. As sensações intrauterinas, que o bebê vai vivenciar dessa intimidade, são de fundamental importância para o seu desenvolvimento após o parto.

Dificuldades de Aprendizagem - são situações difíceis enfrentadas pela criança com um desvio do quadro normal mas com expectativa de aprendizagem a longo prazo (alunos multirrepetentes). Alicia Fernandez (1991) considera as dificuldades de aprendizagens como sintomas ou “fraturas” no processo de aprendizagem, onde necessariamente estão em jogo quatro níveis: o organismo, o corpo, a inteligência e o desejo. Ainda segundo a autora, a dificuldade para aprender seria o resultado da anulação das capacidades e do bloqueio das possibilidades de aprendizagem de um indivíduo e, a fim de ilustrar essa condição, utiliza o termo de inteligência aprisionada (no idioma original: atrapada).

Dificuldade Binocular – déficit de controle funcional dos olhos que originam perturbações visuais. São anomalias, são relacionadas com a dificuldade ou



incapacidade de direcionar ambos os olhos para o mesmo ponto. (dificuldade na convergência).

Dificuldade do processamento auditivo – é a dificuldade em reconhecer ou discriminar sons verbais e/ou não-verbais numa determinada situação ou ambiente. Ou, ainda, podemos dizer que é uma dificuldade para lidar com as informações, que podem ser verbais ou qualquer outro tipo de sons, recebidos pela audição. Exemplos: não identificar de onde vem um som, ou ao que ele se refere; não perceber certas nuances ou entonações da fala como uma ordem ou piada. Isso se transporta para a escrita, pois se traduz numa dificuldade para analisar acusticamente os sons e então, perde-se a pista para se realizar a escrita. Por exemplo, não se percebem as sutis diferenças entre letras parecidas com T e D, F ou V, etc.

Dificuldade cinestésico-motora – é a dificuldade na percepção de movimentos e na tensão/ contração dos músculos que envolvem a realização desses movimentos.

Dificuldade visuoespacial – é a dificuldade em reproduzir formas, ou seja, o indivíduo vê uma gravura ou figura qualquer e não consegue reproduzi-la.

Dificuldade visuomotora – uma dificuldade na coordenação entre olhos e membros, isto é, os membros (mãos, pés, etc.) são incapazes de executar eficientemente comandos recebidos pelo cérebro por meio dos olhos. É aplicável para movimentos cruzados como chutar, agarrar, atirar e para movimentos finos como dar laços, abotoar, dar nó em gravatas e escrever.

Diplegia – paralisia que acomete as mesmas partes de ambos os lados do corpo; paralisia bilateral

Disartria – é uma alteração da articulação, do ritmo e da entonação da fala, em decorrência da falta de coordenação motora, perturbações do tônus, paralisia e paresia (paralisia incompleta) dos músculos da fala. É um sinal de lesão cerebral.

Discalculia - dificuldade (mesmo com inteligência média/normal) para a realização de operações matemáticas usualmente ligadas a uma disfunção neurológica, lesão cerebral, deficiência de estruturação espaço-temporal.

Disgrafia – é a dificuldade para escrever as letras, os sinais ou conjuntos gráficos num espaço determinado. A pessoa com disgrafia escreve vagarosamente, com muita dificuldade e ainda assim a letra vai parecer malfeita, ou feia. Pode acontecer ainda de a pessoa fazer confusão com as letras e as sílabas das palavras, ou escrever de forma espelhada – com as letras ao contrário -, ou ainda escrever da direita para a esquerda. Esta disfunção está muitas vezes ligada a disfunções neurológicas ou ao quadro de dislexia.



Dislalia - A dislalia é um distúrbio da fala que se caracteriza pela dificuldade de articulação de palavras: o portador da dislalia pronuncia determinadas palavras de maneira errada, omitindo, trocando, transpondo, distorcendo ou acrescentando fonemas ou sílabas a elas.

Dislexia – Segundo o DSM-IV, é classificada como transtorno específico no aprendizado da leitura, que tem como característica principal o rendimento escolar abaixo do esperado para a idade, apesar de bom potencial intelectual e escolarização adequada. É uma dificuldade na aprendizagem da leitura, devido a uma imaturidade nos processos auditivos, visuais e táteis-cinestésicos responsáveis pela apropriação da linguagem escrita. Suas manifestações estão relacionadas aos prejuízos no uso de habilidades linguístico-cognitivas no tocante à leitura, escrita e ao raciocínio matemático.

Disnomia – é uma disfunção da linguagem que se reflete na incapacidade em nomear pessoas ou objetos, mesmo quando estes são completamente percebidos e compreendidos, ou seja, mesmo quando a pessoa sabe exatamente o que são ou representam. O portador de disnomia é perfeitamente capaz de descrever o objeto, mas não consegue lembrar-se do seu nome, mesmo quando se trata de algo que faça parte do seu cotidiano, por exemplo: um lápis.

Dispraxia – é a dificuldade na execução de movimentos coordenados, com conseqüente dificuldade em organização espacial, o que pode causar, por exemplo, uma desorganização da apresentação de trabalhos no papel.

Disortografia - dificuldade na expressão da linguagem escrita, revelada por frase incorretamente construída, normalmente associada a atrasos na compreensão e na expressão da linguagem escrita.

Distrofia muscular - uma das doenças primárias do músculo, caracterizada pelo ultra-enfraquecimento e atrofia dos músculos esqueléticos que tende a aumentar as dificuldades de coordenação e que tende a uma deformação progressiva.

Disgnosia - perturbação cerebral comportando uma má percepção visual.

Dismetria - realização de movimentos de forma inadequada e pouco econômica.

Dispneia - dificuldade ou dor ao respirar.

Distúrbios de Aprendizagem – anormalidade patológica por alteração violenta na ordem natural da aprendizagem, obrigatoriamente remete a um problema ou a uma doença que acomete o aluno em nível individual e orgânico.

Distraibilidade - ao contrário, é um estado patológico que é caracterizado por uma instabilidade e mobilidade a atenção voluntária, como dificuldade de se manter em



qualquer coisa que implique um esforço produtivo e comumente observadas no processo de aprendizagem.

Distrofia muscular - é a designação coletiva de um grupo de doenças musculares heblackitárias, progressivas, sendo sua principal característica a degeneração da membrana que envolve a célula muscular, causando sua morte, afetando os músculos e causando fraqueza. O enfraquecimento e a atrofia dos músculos esqueléticos tende a aumentar as dificuldades de coordenação e promove uma deformação progressiva.

DSM IV - é a classificação dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria. Descreve as características dos transtornos apresentando critérios de diagnósticos.

Distúrbio da Atenção – as pessoas com distúrbio de atenção, com ou sem hiperatividade, não conseguem realizar, concentrar-se ou dedicar-se com atenção, a uma tarefa num curto ou determinado período de tempo. Distraem-se facilmente com qualquer estímulo ambiental. A causa pode ser emocional, fisiológica ou ambas.

Dominância Cerebral – cada indivíduo tem um lado/ hemisfério dominante do cérebro. Essa “dominância cerebral” vai determinar a preferência, a que chamamos de dominância lateral direita ou esquerda da pessoa quanto ao uso da mão, do olho e do pé.

E

Ecolalia - imitação de palavras ou frases ditas por outra pessoa, sem a compreensão do significado da palavra.

Ecopraxia - Repetição automática de movimentos feitos por outra pessoa na presença do paciente. Este age como espelho do seu clínico, assumindo automaticamente suas atitudes, gestos e posturas.

Educação Psicomotora – ação pedagógica e psicológica que utiliza a atividade corporal, com o objetivo de normalizar ou melhorar o comportamento da criança.

Egocentrismo – ausência de distinção entre a realidade pessoal e a realidade objetiva. É o comportamento voltado somente para si ou tudo que lhe diz respeito, ou ainda, a incapacidade de diferenciar-se dos outros. É uma atitude normal em crianças pequenas.

Eletroencefalograma (EEG) - é um método de monitoramento eletrofisiológico (registro gráfico) que é utilizado para registrar a atividade elétrica do cérebro. Trata-se de um método normalmente não-invasivo.

Empatia – compreender e compartilhar os sentimentos dos outros. É a identificação mental e afetiva de uma pessoa com o estado de ânimo de outra.



Espástico – indivíduo afetado por tensão excessiva nos músculos com aumento de resistência à flexão ou à extensão como nos casos de paralisia cerebral.

Esquema Corporal – O esquema corporal é elemento básico indispensável para a formação da personalidade da criança. É uma representação relativamente global, científica e diferenciada que a criança tem de seu próprio corpo.

Enurese - emissão involuntária de urina na idade em que a criança já deveria ter obtido o controle. Na maioria dos casos ocorre durante o sono, à noite sendo denominada de "Enurese Noturna".

Encoprese – incapacidade de controlar a evacuação, não associada com condição física ou de doença. Ocorre geralmente em crianças com idade mental e cronológica superior a 4 anos, ou seja, é a perda de fezes nas cuecas, durante um período superior a 6 meses, em crianças com idade para saberem que não o devem fazer.

Esfíncter - músculo que rodeia um orifício natural, especialmente o ânus. Em psicanálise, a fase anal está ligada ao controle dos esfíncteres.

Espaço-temporal - orientar-se no espaço é ver-se e ver as coisas no espaço em relação a si próprio, é dirigir-se, é avaliar os movimentos e adaptá-los no espaço. É a consciência da relação do corpo com o meio.

Etiologia - estudo das causas ou origens de uma condição ou doença.

F

Fonema – são as menores unidades sonoras da fala que permitem diferenciar as palavras umas das outras. Por exemplo, os fonemas /F/ e /V/ não tem significado próprio, mas servem para diferenciar as palavras Faca e Vaca.

Fonologia – é a ciência que estuda os sons da fala e seu papel na língua.

G

Gagueira ou tartamudez - distúrbio do fluxo e do ritmo normal da fala que envolve bloqueios, hesitações, prolongamentos e repetições de sons, sílabas, palavras ou frases. É acompanhada rapidamente por tensão muscular, rápido piscar de olhos, irregularidades respiratórias e caretas. Atinge mais homens que mulheres.

Gnosia – reconhecimento dos objetos e suas funções. Toda percepção é uma gnosia.



Grafema - é a representação gráfica do som da fala; é a letra ou a união das letras que representam o som.

Hemiparesia – paralisia leve dos músculos de uma parte do corpo.

H

Hemiplegia – paralisia grave que afeta uma metade do corpo, por causa de lesão do sistema nervoso central.

Hiperatividade – caracteriza-se pela excessiva movimentação, agitação e impulsividade. Essa inquietude, em geral, tem como consequência um prejuízo no desempenho escolar da criança ou do adolescente.

Hipercinesia - movimento e atividade motora constante e excessiva. Também apontado como hiperatividade.

Hipocinesia - ausência de uma quantidade normal de movimentos. Quietude extrema.

Hidrocefalia: é o aumento do volume de líquido cefalorraquidiano nas cavidades cerebrais, manifesta-se com piora do quadro neurológico, dor de cabeça, vômitos, confusão mental e sonolência. Mais tardiamente, observa-se dificuldade de raciocínio, apatia e lentificação psicomotora. Em alguns casos, pode ocorrer hidrocefalia com pressão normal, decorrente da redução da capacidade de absorção do líquido cefalorraquidiano, que é continuamente produzido. O tratamento da hidrocefalia, quando necessário, consiste em medicações que aumentam a produção de líquido cefalorraquidiano ou cirurgias que aumentam sua drenagem.

Hipertonia – consiste num aumento anormal do tônus muscular e da redução da sua capacidade de estiramento (aumento da rigidez). É geralmente acompanhada de espasticidade aumentada. Há dois tipos de hipertonia muscular:

- Piramidal - tem a sua origem em problemas do sistema nervoso central e, às vezes, é acompanhada por uma hemiplegia;

- Extrapiramidal - é causada por disfunção do sistema nervoso que não integra o trato piramidal, não sendo, portanto, acompanhada de paralisia.

Hipotonia - é a diminuição do tônus muscular e da força, o que causa moleza e flacidez. O sintoma é comumente relacionado à paralisia infantil ou outras desordens neuromusculares. Na criança nos primeiros anos de vida o seu diagnóstico é facilmente perceptível, uma vez que pode parecer flácida, ou não ter a capacidade de manter



joelhos e cotovelos flexionados. A criança ainda pode apresentar dificuldade para se alimentar e realizar outras atividades motoras.

I

Impulsividade - comportamento caracterizado pela ação de acordo com o impulso, sem medir as consequências da ação. Atuação sem equacionar os dados da situação.

Inteligência – é a habilidade de usar a informação obtida, planejando e estruturando o comportamento de modo efetivo para atingir objetivos. Para Jean Piaget a inteligência é a adaptação (equilíbrio entre as estruturas sensório-motoras e cognitivas) através de tentativas ou hipóteses baseada na experiência do indivíduo e que podem ser confirmadas ou refutadas.

J

Jargão - fala bem articulada mas totalmente incompreensível.

Jargão Neológico - fala incompreensível mas com palavras que são parcialmente reconhecidas.

Jargão Semântico - uma combinação semântica não relacionada.

L

Lateralidade – refere-se ao lado direito ou esquerdo do corpo, quando bem estabelecida há uma lateralidade dominante esquerda ou direita. Ou pode ser visualizado numa lateralidade cruzada ou indefinida que se refere ao misturar os lados preferenciais direito e esquerdo, nas diferentes partes do corpo, para determinadas atividades. Por exemplo, ter preferência pela mão direita para escrever; do pé esquerdo para chutar; do olho direito para ver; do braço esquerdo para levantar peso.

Lesão Cerebral - é uma das principais causas de incapacidade e morte em todo o mundo, podendo seus sintomas mudar com a severidade da lesão. Ocorrem em todas as faixas etárias, sendo mais comuns em adultos jovens, na faixa entre 15 e 24 anos. As causas mais comuns de lesão cerebral são os Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE) e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). Outras causas possíveis de lesão cerebral difusa incluem hipoxia prolongada (falta de oxigênio), envenenamento, infecção tais como meningites ou encefalites, e moléstias neurológicas.

Linguagem interior - o processo de interiorizar e organizar as experiências sem ser necessário o uso de símbolos linguísticos.



Linguagem tatibitate - é um distúrbio (e também de fonação) em que se conserva voluntariamente a linguagem infantil. Geralmente tem causa emocional e pode resultar em problemas psicológicos para a criança.

Logotomas – são palavras sem significado e que podem aparecer na escrita das crianças em fase de alfabetização ou com distúrbios de linguagem. Por exemplo, duepo; pebade; vovate; etc.

M

Maturação - é o desenvolvimento das estruturas corporais, neurológicas e orgânicas. Abrange padrões de comportamento resultantes da atuação de algum mecanismo interno.

Memória - capacidade de reter ou armazenar experiências anteriores. Também designada como "imagem" ou "lembrança".

Memória Cinestésica – é a memória dos movimentos. É a capacidade da criança de reter os movimentos motores necessários à realização gráfica. À medida que a criança entra em contato com o universo simbólico (leitura e escrita) vão ficando retidos em sua memória os diferentes movimentos necessários para o traçado gráfico das letras.

Memória de Curto Prazo ou “Memória Imediata” – é a habilidade que permite reter na memória informações pelo período de tempo necessário para serem processadas corretamente. É vital para o processamento da leitura, pois esta envolve a habilidade de se ter presentes os padrões auditivos e visuais de letras e sílabas que constituem uma palavra por tempo suficiente para que sejam colocadas na ordem correta. Da mesma forma, o leitor precisa ser capaz de reter na memória todas as palavras que fazem parte de uma frase ou parágrafo, a fim de compreender seu sentido.

Memória Declarativa, Memória Consciente ou Explícita – é o tipo de memória caracterizada pelas habilidades do indivíduo em recontar os detalhes de eventos passados, incluindo tempo, lugar e circunstâncias. É a habilidade para relatar o que uma pessoa possui de conhecimento.

Memória Episódica – é a memória de eventos autobiográficos que podem ser lembrados conscientemente.

Memória de Longo Prazo – é a habilidade de reter informações por um longo período de tempo. Por exemplo, rostos, nomes, poesias, odores, padrões de movimentos como a natação, saltos, etc. Uma boa memória, de longo prazo, para padrões lingüísticos ajuda na velocidade de leitura e soletração mediante o vocabulário mental, entretanto a dificuldade na memória de curto prazo parece ser a mais relevante quando se trata da dislexia.



Memória Não-declarativa, Memória Implícita ou de Procedimento – é a habilidade para realizar algum ato ou comportamento aprendido por intermédio de certo tempo de esforço, por exemplo, dirigir, andar de bicicleta, etc.

Memória Operacional ou Memória de Trabalho – arquivamento temporário da informação para que várias tarefas cognitivas sejam executadas e é o que gerencia a organização, a reorganização e o reagrupamento de um fluxo de informações. É exercida em situações específicas (leitura, cálculo, etc.) desenvolvidas pelo treinamento e que se mantêm pouco transferíveis de um domínio a outro. É uma memória com pequena capacidade de estocagem, na qual a informação permanece por muito pouco tempo. Esta memória possui dois sistemas subordinados a alça fonológica que manipula os materiais verbais e alça visuoespacial que manipula os materiais espaciais.

Memória Semântica – conhecimento organizado que a pessoa possui sobre os significados das palavras e outros símbolos verbais e fatos. Também inclui o conhecimento não-verbal, como a significação dos objetos ou símbolos visuais.

Memória Tátil – refere-se à memória que temos das sensações relativas ao tato.

Modificação de Comportamento – técnica utilizada para modificar o comportamento humano, baseada na Teoria do Condicionamento Operante. O envolvimento é manipulado no sentido de reforçar o conjunto de respostas do comportamento desejável. A terapia do comportamento interessa-se, exclusivamente, pelas alterações comportamentais propriamente ditas, sem procurar conhecer suas causas. As técnicas mais utilizadas em mudança de comportamento adquiriram nomes específicos:

- Dessensibilização Sistemática trata dos distúrbios com origem conhecida, como as fobias.
- Terapia Aversiva é empregada para eliminar hábitos perniciosos (jogo patológico, drogadição e alcoolismo).
- Bio-feedback é usado no tratamento de alterações comportamentais que têm uma base física.

Morfema - é a menor unidade gramatical. É a parte da lingüística que se dedica às unidades mínimas que possuem significado na língua, pela combinação de fonemas. Por exemplo, S/O/L são fonemas sem significados, porém juntos formam o morfema: /sol/.

Monoplegia – paralisia de um membro do corpo causado por uma lesão do sistema nervoso.

Mudez - é a incapacidade de articular palavras, geralmente decorrente de transtornos do sistema nervoso central, atingindo a formulação e a coordenação das



idéias e impedindo a sua transmissão em forma de comunicação verbal. Em boa parte dos casos o mutismo decorre de problemas na audição. Os fatores emocionais e psicológicos também estão presentes em algumas formas de mudez. No mutismo eletivo a criança fica muda com determinadas pessoas ou em determinadas situações e em outras não.

Multissensorial – com referência aos métodos de ensino de crianças disléxicas, é o uso de todos os estímulos simultaneamente: visuais, auditivos e cinestésicos.

N

Narcisismo - é um conceito da psicanálise que define o indivíduo que admira exageradamente a sua própria imagem e nutre uma paixão excessiva por si mesmo.

Neuromotricidade – aspectos da motricidade relacionados com o sistema nervoso, sua maturação e suas perturbações. Educação das sensações e das percepções que levam ao conhecimento dos objetos e das relações entre eles.

Neurônio – unidade fundamental, com função básica de receber, processar e enviar informações.

Neuroglia – são as células que ocupam os espaços entre os neurônios, com função de sustentação, revestimento/ isolamento, modulação e defesa da atividade neuronal.

O

Organização Espacial - desenvolvimento das capacidades ligadas ao esquema corporal e à organização perceptiva para o domínio progressivo das relações espaciais. É a possibilidade do indivíduo de organizar-se perante o mundo que o cerca, de organizar as coisas entre si, de colocá-las em um lugar, de movimentá-las. É ter a noção de direção (cima, baixo, à frente, atrás, ao lado), e distância (longe, perto, curto, comprido) em integração.

Organização Temporal - Capacidade de situar-se em função: da sucessão dos acontecimentos; da duração de intervalos; da renovação cíclicas de certos períodos; do caráter irreversível do tempo. As noções temporais são muito abstratas e mais difíceis de serem adquiridas pelas crianças.

P

Paratonia - é a persistência de certa rigidez muscular, que pode aparecer nas quatro extremidades do corpo ou somente em duas. Quando a criança caminha ou corre, os braços e as pernas se movimentam mal e rigidamente.



Parafasia Fonêmica - é quando existe uma troca de fonemas, como por exemplo “farro” para “carro”. Também é denominada de parafasia literal pressão para a fala – fala excessivamente longa, geralmente incompreensível, mas bem articulada.

Parafasia Semântica - é quando uma palavra é substituída por outra do mesmo grupo semântico, como por exemplo: “mesa” por “cadeira”. Também pode ser denominada de parafasia nominal.

Paragramatismo - perturbação da linguagem, na qual não se conseguem colocar as palavras de forma gramatical correta.

Percepção - processo de organização e interpretação dos dados que são obtidos através dos sentidos.

- Percepção da posição - do tamanho e do movimento de um objeto em relação ao observador.
- Percepção das relações espaciais - das posições a dois ou mais objetos.
- Percepção auditiva – capacidade de identificação, organização e interpretação do som.
- Consistência perceptiva - capacidade de precisão perceptiva das propriedades invariantes dos objetos como, por exemplo: forma, posição, tamanho etc.
- Desordem perceptiva - distúrbio na conscientização dos objetos, suas relações ou qualidade envolvendo a interpretação da estimulação sensorial.
- Deficiência perceptiva - distúrbio na aprendizagem, devido a um distúrbio na percepção dos estímulos sensoriais.
- Perceptivo-motor - interação dos vários canais da percepção como da atividade motora. Os canais perceptivos incluem: o visual, o auditivo, o olfativo e o cinestésico.
- Percepção visual - identificação, organização e interpretação dos dados sensoriais captados pela visão.
- Percepção social - capacidade de interpretação de estímulos do envolvimento social e de relacionar tais interpretações com a situação social.
- Percepção Gestáltica – quanto à leitura e escrita, é a percepção da palavra, imagem da palavra, estímulo que a palavra provoca como um todo.



Perseveração – tendência de continuar uma atividade ininterruptamente; manifesta-se pela incapacidade de modificar, de parar ou de inibir uma dada atividade, mesmo depois de o estímulo causador ter sido suprimido.

Personalidade - é o conjunto das características marcantes de uma pessoa, é a força ativa que ajuda a determinar o relacionamento da pessoa baseado em seu padrão de individualidade pessoal e social, referente ao pensar, sentir e agir.

Poliomielite - é uma doença viral que pode afetar os nervos e levar à paralisia parcial ou total. Apesar de também ser chamada de paralisia infantil, a doença pode afetar tanto crianças quanto adultos. Existem dois tipos principais da doença:

- Poliomielite paralítica - é a forma mais grave da doença. O quadro recebe diferentes nomes dependendo da parte do corpo afetada: a medula espinhal (poliomielite espinhal), o tronco cerebral (poliomielite bulbar) ou ambos (poliomielite bulbospinal).

- Poliomielite não-paralítica - A maior parte das pessoas que foram infectadas pelo poliovírus apresenta o tipo não-paralítico da doença. Muitas vezes a pessoa não manifesta nenhum sintoma, e quando os sinais da doença aparecem, eles geralmente são muito similares aos sintomas da gripe e de outras doenças virais leves ou moderadas. Os sinais e sintomas, que costumam durar de um a dez dias, incluem: febre; garganta inflamada; dor de cabeça; vômitos; fadiga; dor nas costas ou rigidez muscular; dor de garganta; dor ou rigidez nos braços e nas pernas; fraqueza muscular ou sensibilidade e meningite.

Praxia - movimento intencional, organizado, tendo em vista a obtenção de um fim ou de um resultado determinado.

Praxia Orofacial – são os movimentos de todas as estruturas musculares que envolvem a fala.

Prognóstico – é o ato de fazer uma previsão das formas de acompanhamento, duração e possibilidade de recuperação de um problema identificado.

Proprioceptivo – é a capacidade de perceber-se, recebendo e levando informações ao cérebro, contribuindo para a ação. Esta informação nos é dada pelos tendões e músculos, fazendo que tomemos consciência de nossa posição.

Prosódia – é o aspecto rítmico e a musicalidade da fala. É a parte da linguística que estuda o valor do ritmo e da acentuação tônica nas palavras e nos períodos.

Psicomotricidade – é a ciência que estuda o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo e, de suas possibilidades de perceber, atuar e agir com o outro, com os objetos e consigo mesmo (Duarte, 2015).



Psicocinética - método geral de educação que utiliza como material pedagógico o movimento humano, em todas as suas formas (Le Boulch).

R

Reconhecimento de figura-fundo – é a habilidade de perceber objetos misturados a outros e de canalizá-los. Ou seja, é a capacidade de se estar diante de uma gravura, por exemplo, que também é chamada de campo perceptual, e dirigir a atenção para uma única parte ou figura do todo, enquanto o restante da gravura ou do campo perceptivo estará como fundo. O mesmo ocorre quanto aos sons; ser capaz de reconhecer um som específico, entre muitos. Por exemplo, identificar um instrumento específico ao ouvir uma música com vários instrumentos.

Reforçamento – no Behaviorismo os reforços são divididos em positivo e negativo. Um reforço positivo aumenta a probabilidade de um comportamento pela presença (positividade) de uma recompensa (estímulo). Um reforço negativo também aumenta a probabilidade de um comportamento pela ausência (retirada) de um estímulo aversivo (que cause desprazer) após o organismo apresentar o comportamento pretendido.

Relações Humanas - podem ser entendidas como comunicação interpessoal e intrapessoal:

- Relacionamento Interpessoal - é um conceito do âmbito da sociologia e psicologia que significa uma relação entre duas ou mais pessoas. Este tipo de relacionamento é marcado pelo contexto onde ele está inserido, podendo ser um contexto familiar, escolar, de trabalho ou de comunidade.

- Relacionamento Intrapessoal - é a relação com você mesmo. Corresponde ao diálogo interior onde debatemos as nossas dúvidas, perplexidades, dilemas, orientações e escolhas.

Relaxação – As técnicas de relaxamento atuam ao nível da promoção de um estado de homeostase da ansiedade e da tensão muscular, cedendo alternativas de como combater o stress e as mudanças somáticas e mentais. Estas técnicas incluem a meditação, o relaxamento muscular progressivo, a hipnose, o biofeedback e outras técnicas que preconizam a respiração e a concentração (Moretti & Caro, s/d). O objetivo do treino de relaxamento é ajudar os indivíduos a alcançar um estado de calma mental e física (Wright, Basco, & Thase, 2008).

Rima – é a repetição de um som no final de dois ou mais versos. Ou ainda, é a “identidade” de som na terminação de duas ou mais palavras. Por exemplo, tia – pia.

Rinolalia - caracteriza-se por uma ressonância nasal maior ou menor que a do padrão correto da fala. Pode ser causada por problemas nas vias nasais, vegetação adenóide, lábio leporino ou fissura palatina.



Ritmo - habilidade importante, pois dá à criança a noção de duração e sucessão, no que diz respeito à percepção dos sons no tempo. A falta de habilidade rítmica pode causar uma leitura lenta, silabada, com pontuação e entonação inadequadas.

S

Semântica – é o estudo dos significados das palavras, frases ou sentenças.

Sensório-motor – termo aplicado para explicar a natureza dos atos que se encontram dependentes da combinação ou da função integrativa entre os sistemas sensoriais e as estruturas motoras.

Sílaba – é a menor parte da fala possível de se emitir. Um som ou conjunto de sons produzidos em emissão isolada. A palavra pato dividida em sílabas: pa – to.

Sincinesia - é a participação de músculos em movimentos aos quais eles não são necessários. Ex.: coloca-se um objeto na mão da criança e pede-se que ela aperte-o, verifica-se que a outra mão também se fechará ao mesmo tempo, embora sem necessidade. Apresenta extrema dificuldade para ficar sobre um só pé. Há descontinuidade nos gestos, imprecisão de movimentos nos braços e pernas, os movimentos finos dos dedos não são realizados e, dado ritmo não pode ser reproduzido através de atos coordenados, nem por imitação.

Sintaxe – é a parte da gramática que lida com as formas de relacionamento entre as palavras. Estuda também os processos envolvidos na produção de sentenças e as regras que permitem a criação de um número infindável e intuitivo de sentenças novas, a partir de noções mais gerais sobre as características da língua.

Sinergia - atuação coordenada ou harmoniosa de sistemas ou de estruturas neurológicas de comportamento.

Síndrome – é o conjunto de sintomas e sinais que ocorrem simultaneamente, indicando a presença de uma doença específica.

Somatognosia - traduz a relação dialética da atividade corporal e do reconhecimento da sua estrutura e posição postural (atitude-movimento). Trata-se do conhecimento do corpo, por meio de uma sensibilidade integrada e permanentemente mobilizada no sentido da ação intencional (praxia).

Somestésico - relativo à sensibilidade do corpo.

T



Terapia – é a utilização de procedimentos que visam à cura de doenças, ao aperfeiçoamento ou à readaptação de habilidades e funções orgânicas, ou ajustamento social.

Tônus Muscular - pode ser descrito como a resistência sentida quando uma parte do corpo é movida passivamente, isto é, alongando ou estirando aqueles músculos que correm na direção oposta à do movimento. É o tônus muscular que permite manter a postura ereta.

Transtorno – termo usado por toda a classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como “doença” ou “enfermidade”. Transtorno não é um termo exato, porém é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais.

V

Vocabulário – o conjunto de palavras que uma pessoa pode adquirir e/ou reconhecer ou usar na fala e na escrita.

Z

Zoopsias – são alucinações visuais que possuem temáticas predominantemente de bichos e animais peçonhentos (cobras, aranhas, percevejos, jacarés, lagartos), são promotoras de grande ansiedade e apreensão.



PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS

- ANAMNESE E EXAME FÍSICO NA PSIQUIÁTRICA
- PROTOCOLO DE DESINTOXICAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO CRESM
- PROTOCOLO DE ABORDAGEM DE PACIENTES COM DEPRESSIVOS MAIOR
- PROTOCOLO DE IDEAÇÃO SUICIDA
- PROTOCOLO PARA TRANSTORNO BIPOLAR
- PROTOCOLO DE ABORDAGEM DE QUADROS/PACIENTES PSICÓTICOS
- PROTOCOLO PARA DETERIORAÇÃO CLÍNICA
- PROTOCOLO SEGURANÇA NO USO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS
- PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DOR TORÁCICA
- PROTOCOLO DE SEPSE
- PROTOCOLO ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA INTERNAÇÃO



ANAMNESE E EXAME FÍSICO NA PSIQUIÁTRICA

Identificação do paciente:

- nome
- idade
- data de nascimento
- sexo
- nacionalidade
- naturalidade
- estado civil
- religião
- escolaridade
- profissão
- grupo étnico

Queixa principal (QP):

O médico deve redigir sucintamente e, de preferência, com as palavras do paciente as queixas que motivaram o atendimento. Nas circunstâncias em que isso se torna inviável, o registro pode ser feito por meio do relato dos familiares. Os registros transcritos de falas do paciente ou dos familiares ao longo da anamnese devem ser feitos entre aspas ou entre parênteses com a expressão (sic).

História da Doença Atual (HDA):

Esse relato pode ser considerado a extensão da queixa principal, consistindo em seu detalhamento. O médico deve investigar primeiramente há **quanto tempo** o paciente apresenta as manifestações psicopatológicas relatadas e, posteriormente, descrever, em ordem cronológica, todos os sintomas, sua respectiva intensidade e como influenciam seu desempenho afetivo, familiar, social e profissional. Deve ser descrito se o início da alteração do comportamento ocorreu de maneira **aguda** ou **insidiosa** e a **existência de fatores estressores relacionados**. Em relação à evolução do quadro psiquiátrico, deve-se questionar sobre períodos de **remissão completa**, com retorno ao desempenho prévio nas áreas anteriormente citadas, ou se a **remissão** foi apenas **parcial**, prejudicando o retorno do paciente às suas condições anteriores ao início da doença. Verificar **abuso de medicamentos, de drogas e álcool**. Outro item importante é o relato dos **tratamentos anteriores** e a **averiguação sobre a adesão**, os motivos das possíveis interrupções do tratamento e a análise da eficácia desses tratamentos. Deve-se pesquisar a ocorrência e o número de internações prévias, o tempo de internação, as condições de alta e manutenção do tratamento, assim como relatar as **medicações atuais**.

História pessoal (HP):

a) História pré-natal/nascimento

Informações sobre a gestação, o parto e as condições do nascimento, incluindo: peso, anoxia, icterícia, distúrbio metabólico.

b) Infância e desenvolvimento



Descrever: as condições de saúde; os comportamentos e hábitos com relação ao sono, alimentação; as aquisições de habilidades, incluindo o desenvolvimento motor, da linguagem e o controle esfinteriano; a vida escolar, abrangendo idade de início da aprendizagem, o ajustamento, o temperamento, medos, o relacionamento e interação social.

c) Adolescência

Descrever: os interesses, as aquisições quanto à vida escolar, a profissionalização ou trabalho, as interações e o relacionamento com familiares e colegas, a sexualidade incluindo a menarca, namoro, a 1ª relação sexual, o uso de drogas ou álcool. É importante observar a atitude frente ao crescimento, os sentimentos de isolamento ou depressão e as manifestações de delinquência.

d) Idade adulta

Descrever as situações e as atitudes frente ao trabalho, a vida familiar e conjugal, a sexualidade, os relacionamentos e a situação sócio-econômica. Quanto ao trabalho é importante observar: o tipo de atividade, a evolução, as interrupções, as mudanças, o nível de satisfação e as dificuldades relativas à competência e aos relacionamentos.

A vida familiar e conjugal englobam informações sobre os relacionamentos anteriores, as condições do casamento, as características do cônjuge, separações, a sexualidade, a idade, sexo e as condições físicas e psicológicas dos filhos.

Com relação à sexualidade, colher informações sobre as experiências sexuais, as dificuldades de relacionamento, contracepção, gestações e abortos.

Os relacionamentos englobam a convivência social nas rotinas de vida, no lazer, na situação familiar, de vizinhança e de trabalho.

A situação sócio-econômica deve incluir as condições de moradia, as fontes de provisão de recursos, as dificuldades financeiras e os planos e projetos futuros.

Em mulheres perguntar sobre Ciclo menstrual Gravidez e puerpério Climatério Fatores estressores (violência, acidentes, perdas)

HISTÓRICO DE USO DE SUBSTÂNCIAS						
DROGA	VIA	IDADE DE INÍCIO	USO MÁXIMO	ÚLTIMO CONSUMO	MAIOR PERÍODO DE ABSTINÊNCIA	SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA
TABACO						
ÁLCOOL						
CANNABIS						
COCAÍNA						
CRACK						
OUTRAS:						



TRATAMENTOS PRÉVIOS:

História familiar (HF):

A análise dos dados da família visa a compreender o ambiente em que o paciente nasceu, se desenvolveu e vive atualmente. Deve-se investigar antecedentes patológicos da família que possam estar associados à sua condição mórbida. Assim, é necessário analisar os itens relacionados com o ambiente e com os antecedentes clínicos:

- Antecedentes familiares
- Consanguinidade
- Transtornos mentais na família
- Tratamento e internações psiquiátricas
- Suicídio ou tentativas
- Epilepsia
- Uso de álcool e outras substâncias psicoativas
- Ambiente familiar
- Número de membros, especificando os vivos e os falecidos
- Problemas de adaptação
- Ambiente familiar e social
- Com quem mora, características do relacionamento familiar
- Condições socioeconômicas
- Condições de moradia
- Vizinhança
- Características culturais específicas do grupo social
- Concepções religiosas

Interrogatório sintomatológico (IS):

Interrogatório sobre todos os outros aparelhos, relacionando os dados obtidos com a evolução da doença atual sempre que possível.

- Cabeça: cefaleia, vertigens, tonturas, deformidades, traumas, dor em projeção dos seios da face
- Olhos: edema palpebral, acuidade visual, dor no globo ocular, deformidade no globo ocular, estrabismo, eritema conjuntival, hemorragia conjuntival, lacrimejamento, fotofobias, escotomas, diplopia, hemianopsias, amaurose
- Nariz: obstrução nasal, rinorréia, epistaxe, espirros em salvas, prurido, lesões, olfação
- Ouvidos: otalgia (dor), otorréia (secreção), otorragia, prurido auricular, deformidade auricular, lesões no pavilhão auricular, zumbido, acuidade auditiva



- Boca e Garganta: paladar, halitose, sialorreia, sialoquiose, mastigação, deglutição, lesões na língua, palato e mucosa oral, deformidade no palato, odontalgia, número de dentes, dor e edema gengival, hemorragia gengival, odinofagia (dor), rouquidão, dislalia, disфонia, afonia
- Aparelho cardiorrespiratório: dor torácica, tosse, expectoração, hemoptise, vômito, palpitações, dispnéia, cianose, edema
- Aparelho digestivo: apetite, digestão, disfagia, odinofagia, dor, náuseas, vômito, hematêmese, eructação, caracteres das fezes, diarréia, disenteria, melena, enterorragia, prisão de ventre, constipação, tenesmo, flatulência, icterícia
- Aparelho genito-urinário: dores, disúria, polaciúria, oligúria, anúria, poliúria, nictúria, incontinência, hematúria. Corrimento uretral (e vaginal), potência sexual, frigidez
- Sistema linfo-hemotopoiético: nódulos cutâneos (crescimento ganglionar, anemia, manchas roxas (hematomas), sangramentos, infecções frequentes
- Sistema endócrino-vegetativo: crescimento e desenvolvimento, aparecimento de pêlos, polidipsia, e poliúria, intolerância ao frio e ao calor, bócio, fraturas espontâneas, deformidades ósseas
- Sistema nervoso: nervosismo, insônia, vertigens, tremores, convulsões, parestesias, paralisias
- Aparelho locomotor: dor e espasmos musculares, claudicação intermitente, fraqueza muscular. Dores ósseas (membros, coluna). Manifestações articulares (dor, calor, rubor, aumento de volume, deficiência funcional, rigidez matinal, deformações).

EXAME DO ESTADO MENTAL

Avaliação geral da pessoa

- Aparência: modo de andar, o tipo das roupas, adornos, maquiagem utilizados, higiene pessoal, cabelos alinhados ou em desalinho.
- Posturas e atitudes na situação do exame: relação e a atitude perante o entrevistador. (Ex.: cooperante, indiferente, passivo, fóbico, agressivo, petulante, cabisbaixo, dissimulado, inseguro, histriônico, sedutor, dentre outros). Deve existir fundamentação sobre o que levou à conclusão.

Exame das funções mentais

Funções mentais	Características e funções mentais a serem avaliadas
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	É o estado de lucidez em que a pessoa se encontra. Inclui o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento, e a capacidade de responder a estímulos. - Vigil : Apresenta abertura ocular espontânea, estado alerta e responsivo. - Sonolência : Lentificação dos processos



	<p>ideacionais.</p> <ul style="list-style-type: none">- Torpor: Está dormindo, exceto quando estimulado.- Coma: não pode ser acordado.
<p>ESTADO COGNITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none">- orientação,- atenção,- memória- inteligência.	<p>ORIENTAÇÃO: avaliar</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Orientação autopsíquica:</u> em relação à Pessoa: Pergunte a respeito de seus dados pessoais e investigue se reconhece familiares e as pessoas com as quais está em contato.- <u>Orientação alopsíquica:</u> orientação quanto ao Tempo e Espaço
	<p>ATENÇÃO: capacidade para centrar-se em uma atividade. O seu exame envolve observar: a vigilância, a tenacidade e a concentração.</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Vigilância:</u> compreende a manutenção de um foco de atenção para estímulos externos. Pode estar aumentada (hipervigilante) e diminuída (hipovigilante).- <u>Tenacidade:</u> capacidade de manter-se em uma tarefa específica.- <u>Concentração</u> capacidade de manter a atenção voluntária, em processos internos de pensamento ou em alguma atividade mental. Para a sua observação, pode-se pedir que se subtraia, consecutivamente, o número 7, a partir do 100 (Mini Exame do Estado Mental - MEEM).
	<p>MEMÓRIA: capacidade de registrar, fixar ou reter, evocar e reconhecer objetos, pessoas, experiências ou estímulos sensoriais. Sua análise engloba a avaliação das memórias imediata, recente e remota.</p> <ul style="list-style-type: none">- Memória imediata: que cobre os últimos 5 minutos.- Memória recente: engloba os últimos dias e horas.- Memória remota: desde os primeiros anos de vida.
	<p>INTELIGÊNCIA: conjunto de habilidades cognitivas resultante dos diferentes processos intelectivos. Inclui raciocínio,</p>



	<p>planejamento, resolução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de idéias complexas, aprendizagem rápida e aprendizagem a partir da experiência. Para avaliação, utiliza-se de comparação com a média esperada para o grupo sócio-cultural e para a faixa etária do indivíduo. Avaliar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Raciocínio lógico;- Capacidade de fazer contas;- Dificuldades em estudar;- Capacidade de abstração: capacidade de formular conceitos e idéias, compará-los, relacioná-los. Observe se o paciente recorre a analogias e metáforas. (pode ser avaliada a compreensão de provérbios);- Capacidade de generalização: perguntar sobre grupos de coisas, animais.- Juízo crítico: capacidade de perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspectos do mundo interno ou subjetivo. Inclui a aptidão para auto-avaliação adequada e uma visão realista de si mesmo.
PENSAMENTO	<p>Conjunto de funções integrativas capazes de associar conhecimentos novos e antigos, integrar estímulos externos e internos, analisar, abstrair, julgar, concluir, sintetizar e criar. O pensamento é avaliado, por meio da linguagem, nos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none">- FORMA: Relação e nexos das idéias entre si. Avalie:- <u>Coerência:</u> construção das frases em relação à sintaxe;- <u>Logicidade:</u> pensamento fundado na realidade.- <u>Circunstancialidade:</u> alteração na qual há expressão do pensamento por meio de detalhes irrelevantes e redundantes, porém paciente consegue chegar ao objetivo;- <u>Tangencialidade:</u> o objetivo nunca é alcançado, ou não é claramente definido; embora o paciente fique sempre próximo ao que seria sua meta;- <u>Fuga de idéias:</u> associações tênues ou livres



	<ul style="list-style-type: none">- FLUXO: velocidade com que as idéias passam pelo pensamento (acelerado, lentificado, adequado, ou bloqueado).- CONTEÚDO: neste item investiga-se os conceitos emitidos pelo paciente e sua relação com a realidade. Avaliar:<ul style="list-style-type: none">- <u>Conteúdo predominante</u>- <u>Preocupações;</u>- <u>Obsessões;</u>- <u>Ideação suicida ou homicida;</u>- <u>Presença de delírios</u> (falsa crença não compartilhada por membros do grupo sócio-cultural). nestes casos, deve ser elucidado o conteúdo do delírio.
LINGUAGEM	<p>É o modo de se comunicar. Envolve linguagem verbal, gestos, olhar, expressão facial e escrita. A linguagem falada é o principal ponto de observação.</p> <ul style="list-style-type: none">- Quantidade: pode demonstrar um indivíduo em mutismo, monossilábico, prolixo, não espontâneo, etc.- Velocidade: pode ser rápida, lenta, hesitante, latência para iniciar respostas.- Qualidade: conteúdo do discurso (pobre, elaborado), alterações na articulação das palavras, neologismo (criação de novas palavras), ecolalia (repetição da última ou das últimas palavras dirigidas ao paciente).- Volume: alto ou baixo.
SENSOPERCEPÇÃO	<p>Designa a capacidade de perceber e interpretar os estímulos que se apresentam aos órgãos dos cinco sentidos. Quando alterada pode manifestar-se através de:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ilusões: Ocorrem quando os estímulos sensoriais reais são confundidos ou interpretados erroneamente. Ex.: confundir a imagem de uma pessoa com outra.- Alucinações: Ocorrem quando há percepção sensorial na ausência de estímulo externo (percepção sem objeto). Ex.: ouvir vozes sem que haja estímulo auditivo. Obs: Estar atento a sinais sugestivos de alucinações, mesmo quando o cliente as nega.- Despersonalização: alteração na percepção de si próprio, manifestada por



	<p>sentimentos de estranheza ou irrealidade.</p> <p>- Desrealização: alteração na percepção do meio ambiente.</p>
HUMOR / AFETO	<p>- HUMOR: estado emocional de longa duração, interno, não dependente de estímulos externos. É a tonalidade de sentimento predominante. Pode influenciar a percepção de si mesmo, e do mundo ao seu redor.</p> <p>- AFETO: experiência imediata e subjetiva das emoções sentidas em relação à situação. Inclui a manifestação externa da resposta emocional do paciente a eventos.</p> <p>Avalia-se o humor/afeto pela expressão facial, gestos, tonalidade afetiva da voz, conteúdo do discurso e psicomotricidade, choro fácil, risos imotivados, etc.</p> <p>Avaliar:</p> <p>- <u>Qualidade do afeto</u>: tristeza, culpa, alegria, vergonha, etc.</p> <p>- <u>Modulação do afeto</u>: hipermodulação, hipomodulação, embotamento, rigidez;</p> <p>- <u>Tonalidade afetiva</u>: hipotimia (sintomas depressivos), hipertimia (euforia), disforia (tonalidade afetiva desagradável, mal-humorada).</p>
PSICOMOTRICIDADE	<p>Integração das funções motrizes e mentais sob o efeito da educação e do desenvolvimento do sistema nervoso.</p> <p>Avaliar:</p> <p>- Velocidade e intensidade da mobilidade geral na marcha, quando sentado e na gesticulação.</p> <p>- Agitação ou retardo</p> <p>- Acatisia (movimento de “amassar barro”);</p> <p>- Maneirismos (movimentos involuntários estereotipados);</p> <p>- Tiques (movimentos involuntários e espasmódicos).</p> <p>- Presença de sinais de catatonia (obediência automática, flexibilidade cérea).</p>

Avaliação de funções psicofisiológicas

Sono: número de horas/dia, satisfação, sono diurno, insônia (demora a ser iniciado, sono intercalado, período curto de sono), hipersonia, sonambulismo, etc.



Apetite/ dieta: avaliar: Alimentação quantitativa e qualitativamente; Avaliar aumento ou diminuição de peso

Sexualidade: avaliar: diminuição ou aumento do desejo sexual; incapacidade de experimentar o prazer; ejaculação precoce ou retardada, necessidade de obter informações sobre o assunto, sexo seguro, planejamento familiar, etc.



PROTOCOLO DE DESINTOXICAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO CRESM

Programação geral da internação

A internação é feita pelo médico.

O período de internação é de, no máximo, 90 dias, descritos a seguir.

a) Período de desintoxicação - os primeiros 15 dias: início das avaliações pelos profissionais da enfermagem: médico, enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista e do educador físico visando diagnóstico e elaboração dos projetos terapêuticos específicos nestas áreas. Escolha dos profissionais responsáveis pela gestão do cuidado para cada paciente. A equipe se reúne para a discussão dos pacientes novos e elaboração dos planos terapêuticos singulares.

o Avaliação e tratamento dos sintomas de abstinência e das complicações clínicas e psiquiátricas do consumo de álcool e /ou drogas (síndromes de abstinências, transtornos psicóticos induzidos, transtornos ansiosos, transtornos depressivos, gastrites, hepatites, síndromes demenciais etc.).

o São utilizados instrumentos validados para auxílio diagnóstico e acompanhamento de resposta a tratamento para todos os pacientes internados. Exame toxicológico de urina para detecção de drogas na admissão à critério médico.

o Identificação da rede de apoio do paciente (relacionamentos familiares, sociais e comunitários). Neste período, as entrevistas com familiares ou amigos próximos e vinculados ao paciente são realizadas pela equipe de Reinserção Social, com o objetivo de obter maiores informações sobre o padrão de uso, complicações sociais e familiares, bem como encaminhamento dos familiares para o grupo de assistência à família. Identificação da UBS da região de moradia, CAPS AD e outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (se for o caso);

o Contato com a rede de apoio saúde/social e convite ao serviço da rede para discussão de caso para conhecer a proposta de intervenção do serviço de origem do paciente;

o Identificação de pacientes candidatos à internação de longa permanência e solicitar a realização dos exames pré-internação exigidos pela clínica para onde serão encaminhados.

o Grupo de Acolhimento e Entrevista Motivacional:

Este grupo visa acolher e favorecer a adaptação dos pacientes recém-chegados do Ambulatório ao ambiente terapêutico da internação; objetivamos também a construção de demandas e objetivos compartilhados entre os pacientes, o que favorecerá a interação e a adaptação entre os membros do grupo.

Neste contexto, a entrevista motivacional se insere como uma valiosa ferramenta que visa através de uma intervenção centrada no paciente, o aumento da motivação para a mudança do comportamento problema a resolução e exploração da ambivalência, a supressão de comportamentos disfuncionais e o desenvolvimento de padrões mais adaptativos. E será inserido também, um grupo com foco na psicoeducação do plano terapêutico, com o objetivo de inserir e nortear o paciente nos pilares que o acompanhará, após seu período de desintoxicação.



o Grupo Manejo de Ansiedade: Todo o trabalho de grupo será feito dentro de uma perspectiva que visa manejar as primeiras emoções com o intuito de trazer o paciente a um estágio de adesão ao tratamento o que tende a auxiliar na estabilidade emocional, comportamental e relacional o que possibilitará sua permanência dentro do processo de internação ao qual o paciente se colocará inserido; e proporcionar um momento de partilha para que o mesmo maneje sua ansiedade diante a tarefa aqui proposta de transformação e ressignificação de vida.

b) Período de permanência nas Unidades Terapêuticas Residenciais (UTR):

o Programa Treinamento de Habilidades Sociais (THS):

Neste trabalho o tema será Treinamento de Habilidades Sociais, que são um conjunto capacidades comportamentais compreendidas que influenciam nos relacionamentos interpessoais (Caballo, 1996; Del Prette 1999), e terá o objetivo de desenvolver ou aprimorar habilidades sociais dos pacientes além de levá-los a identificar seus papéis e regras sociais. A importância do treinamento das habilidades sociais se dá como uma forma de preservar a saúde mental do paciente e prevenir problemas causados por certa inflexibilidade psicológica (ansiedade, depressão, dentre outros).

Os grupos aqui neste contexto vão abordar uma temática que se fundamenta na TCC, trazendo como filosofia o contextualizo funcional e matriz relacional do comportamento. A ACT assim chamada de Teoria de Aceitação e Compromisso vem para levar paciente a compreender e aceitar o que está fora do seu controle pessoal e se comprometer a ação que melhore e enriqueça sua vida. Ela possibilitara juntamente com a Atenção Plena o que chamamos de Mindfulness a ressignificação de sentimentos, sensações e pensamentos.

A ACT irá conduzir o paciente a um exercício de flexibilidade psicológica, uma habilidade imprescindível para sua caminhada de Dependência Química.

Para tanto o THS vai trabalhar nos seguintes pilares:

1) Autoconhecimento:

Seria a consciência de um Eu intrapessoal, além daquilo que pensamos ou nos comportamos enquanto indivíduos (técnicas sugeridas: Metáfora do tabuleiro de xadrez; Metáfora das nuvens).

2) Aceitação:

Seria aceitar o que acontece dentro de nós, e a nossa percepção enquanto comportamento, não literalmente, mas sim de uma experiência intrapessoal vivida. Um olhar para o mundo sem a nuvem das experiências anteriores (técnicas sugeridas: Metáfora da dor de cabeça; Metáfora do revólver; Metáfora da tia Ida; Metáfora da montanha russa; Exercício brincadeira com emoções; Exercício do bolo de chocolate).

3) Momento presente:

Seria a busca da atenção plena, uma profunda observação de si mesmo. Treinar ficar no momento presente sob controle das funções diretas, dos estímulos e não das adquiridas



em contingências passadas (técnicas sugeridas: filme “Click”; Exercício de atenção plena com uva, chocolate ou objetos).

4) Valores:

Levar o paciente a redesenhar suas regras e características humanas construídas ao longo do seu desenvolvimento, que tende a orientar modo de agir e pensar. Podemos entender esses valores como a construção da vitalidade do paciente, ou seja, sua essência de vida e movimento, uma vez que esses valores se perdem, se perde também a vitalidade. Buscar o que é importante para o paciente e isso definirá seus objetivos (técnica sugerida: Metáfora do próprio funeral).

5) Desfusão cognitiva:

Seria trabalhar no paciente seu emaranhado de pensamentos, conhecimento e sentimentos correlacionados, ou seja, ensiná-los a observar os estímulos verbais internos (pensamento) como o que realmente são, é simplesmente observar o que se pensa, sem acreditar nele (técnicas sugeridas: Metáfora do ônibus; Exercício do ônibus).

6) Ação comprometida

Levar o paciente a agir e ter vitalidade de acordo com seus valores, com o que é verdadeiramente importante para ele. Esse movimento de busca da vitalidade dará ao paciente satisfação por agir e construir algo diferente, ou seja, tende a ensiná-lo a criar ações, compatíveis com suas habilidades, em direção aos seus valores (técnicas sugeridas: Quadro plano de ação focado nos valores; Quadro metas de vida).

O Programa de Prevenção à Recaída (PPR):

A reabilitação do Dependente Químico tende a demandar esforços técnicos e profissionais orientados acerca de conhecimentos e produções científicas, por isso que neste contexto o Programa de Prevenção à Recaída (PPR) consegue reunir um conjunto de conceitos e estratégias que trazem um treinamento de habilidades sociais de grande valia para o tratamento dos pacientes na Dependência Química. Essa proposta tende a diminuir o risco do consumo e ajudar no desenvolvimento prático de habilidades para assim levar o paciente a identificar situações de vulnerabilidade, evitar situações de alto risco e utilizar estratégias de enfrentamento compatíveis com o desejo de permanecer abstinente.

Percebe-se então que a recaída refere à retomada do uso de substâncias após um período de abstinência. No entanto, hoje em dia a recaída passou a ser vista como um fenômeno complexo que envolve muito mais do que o ato de voltar a usar substâncias químicas que alteram o humor, a recaída tende a ser vista como um processo dinâmico evidente nas atitudes, nos comportamentos e nas escolhas do paciente que o levam cada vez mais próximos ao ponto de retomar sua caminhada na adicção, pois entende-se que não é um fato isolado, mas sim um processo desencadeado por uma sucessão de eventos aparentemente irrelevantes mas que na realidade são intrinsecamente importantes.



O grupo de PPR apresenta um programa de técnicas e estratégias de enfrentamento cujo objetivo específico, é ensinar o indivíduo a fazer seu próprio gerenciamento de emoções nas determinadas situações de risco, com a finalidade de manter a mudança alcançada no curso do tratamento e que pode ser levada para sua vida diária. Sendo assim, as técnicas favorecem o alívio e conforto de ordem psíquica, recompensa imediata, relaxamento, socialização, desinibição, sensação de controle, bem-estar, sensação de melhora em seu desempenho profissional e social, bem como uma consciência plena de si.

- Redução de Estresse Baseada em Mindfulness (MBSR):

Mindfulness corresponde a um tipo particular de estado mental que emerge ao prestar atenção à experiência do momento presente, de forma intencional e sem julgamento. Segundo Kabat-Zinn, um dos pais deste conceito, "Mindfulness é simplesmente parar e estar presente". Esse tipo particular de Atenção é uma habilidade que se pode aprender e ser treinada com o uso regular de técnicas e práticas específicas. Mindfulness atua no sentido contrário ao estado de Mindlessness, definido como "piloto automático", ou seja, um processamento automático das experiências do dia a dia, sem refletir como elas se dão.

O protocolo MBSR - Mindfulness Based Stress Reduction foi desenvolvido nos Estados Unidos em 1979, por Jon Kabat-Zinn, e constitui no primeiro protocolo de Mindfulness do mundo, servindo como modelo para todos os outros protocolos desenvolvidos nas décadas posteriores. O MBSR foi desenvolvido para atender às demandas de pessoas que sofriam com doenças crônicas, assim como ansiedade e depressão.

- o Grupo de Partilha/ Roda de Conversa

O grupo de partilha tem o propósito de reunir características, relacionadas com diversos contextos vivenciais (contexto aqui da dependência química), onde estão implícitas experiências emocionais marcantes, quer sejam relacionadas com o próprio indivíduo ou com alguém que lhe seja próximo. A execução destes grupos dar-se-á semanalmente contemplando as vivências manifestas pelos pacientes buscando, a ressignificação das mesmas e a reestruturação cognitiva.

Têm como principais objetivos:

- 1) Partilhar experiências pessoais/emocionais, relacionadas com determinado processo/contexto;
- 2) Potenciar o reconhecimento e compreensão das emoções, permitindo a sua livre expressividade;
- 3) Promover uma adequada gestão emocional, através da utilização de exercícios ou da fala que serão manejadas pelo mediador do grupo.

Pretende-se assim que seja um grupo onde são partilhadas experiências sobre a vivência, impacto e experiências de vida do paciente, de modo a que possam ser partilhadas estratégias promotoras de uma gestão emocional adequada, com promoção de emoções positivas e do fortalecimento dos relacionamentos.



o Grupo Comunicação Não Violenta (CNV)

Lançando mão da técnica desenvolvida pelo psicólogo Marshall por volta dos anos de 1960 a “Comunicação Não Violenta” visamos adotar e propiciar o desenvolvimento de uma postura mais pacífica, reforçando a capacidade de ouvir sem julgar auxiliando na mediação de conflitos. Buscaremos auxiliar os pacientes a compreender as necessidades não atendidas expressas através de comportamentos disfuncionais/agressivos.

Ressaltamos que o objetivo deste grupo é proporcionar práticas vivenciais que favoreçam: mediação de conflitos, promoção da empatia, resolução pacífica de conflitos; construção de ambiente acolhedor, redução de agressões físicas e verbais e abertura de diálogo.

c) Pós-alta:

o Os gestores do cuidado ficarão responsáveis pelo seguimento do paciente no pós-alta que poderá ser realizado no ambulatório do CAPS IV ou em um serviço na área de sua residência.

Exames subsidiários

Os exames subsidiários serão solicitados a critério do médico que assiste o paciente. Pela alta frequência de determinadas alterações, seguem os exames mais comumente solicitados:

Hemograma completo

Enzimas hepáticas;

Amilase

Testes de função hepática: coagulograma, bilirrubina total e frações.

Sorologias para sífilis, hepatites B e C e vírus da imunodeficiência humana.

Sódio e potássio

Ureia e creatinina

Glicemia de jejum e hemoglobina glicada.

Sorologias para hepatites B e C.

Para alguns casos específicos indica-se:

- Raio-X de tórax e detecção de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes no escarro em casos de tosse crônica.
- Ultrassom de abdômen para pacientes com lesão hepática.
- Teste toxicológico de urina

Diagnóstico Diferencial

Alguns quadros psiquiátricos de agitação psicomotora, sedação ou torpor, psicoses e confusão mental podem ser decorrentes de várias entidades clínicas e psiquiátricas. Para determinar a participação do uso de drogas no quadro, a história de consumo de



substâncias relatada pelo paciente e/ou pelo acompanhante é de muita utilidade nesta situação. Pode-se utilizar também como confirmação, se for necessário, os exames toxicológicos de urina.

7. Tratamento farmacológico

Os medicamentos utilizados dependerão de cada situação específica e de cada droga.

7.1. Álcool

A. Intoxicação

Diagnóstico

O quadro clínico se caracteriza por euforia, evoluindo para tontura, voz pastosa, ataxia e incoordenação motora, confusão e desorientação, podendo chegar ao coma. A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia.

Tratamento

Deve-se certificar que os sinais vitais estão estáveis, sem evidência de depressão respiratória, aspiração brônquica, arritmia cardíaca, alterações importantes na pressão sanguínea e traumatismo crânio-encefálico. A possibilidade de intoxicação com outras drogas precisa ser considerada. Outras condições médicas que devem ser avaliadas nesta situação incluem: hipoglicemia, alterações hepáticas, desnutrição e infecções. Em caso de reposição de glicose, o médico deve antes administrar uma ampola de tiamina intramuscular ou endovenosa, visto que as células nervosas utilizam a tiamina na metabolização da glicose e a ausência desta, em usuários crônicos do álcool, pode desencadear a encefalopatia de Wernicke.

B. Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

Diagnóstico

A SAA ocorre quando há diminuição ou interrupção do álcool usualmente consumido. Sintomas: tremores, agitação, ansiedade, hiperestimulação do sistema nervoso autônomo (taquicardia, taquipneia e aumento na temperatura corpórea), alterações de humor, náuseas, sudorese, vômitos e insônia (veja quadro 1). Os sintomas iniciam dentro de 5 a 10 horas após interrupção/diminuição da ingestão do etanol, com pico de intensidade no 2º ou 3º dia e melhoram a partir do quarto dia.

A ansiedade, insônia e disfunção autonômica podem persistir em algum grau por até seis meses, o que pode contribuir para a recaída. Complicações da SAA incluem convulsões, alucinações e Delirium Tremens (DT).

QUADRO 1- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA SAA

História clara de parada ou diminuição da ingestão de álcool há 24 ou 48 horas em pacientes com uso prolongado e pesado de álcool

Três ou mais dos seguintes:

Taquicardia ou hipertensão

Sudorese

Tremores de membros superiores, pálpebras ou língua

Insônia

Náuseas ou vômitos



Cefaléia

Agitação psicomotora

Mal-estar ou fraqueza

Alucinações transitórias

Convulsões do tipo grande mal

Tratamento

Passo 1 – Exame físico e identificação de complicações

O primeiro passo, assim como na intoxicação alcoólica, é realizar um exame físico completo a fim de excluir complicações associadas, tais como, arritmias cardíacas, hipoglicemia, falência hepática, sangramento gastro-intestinal e desequilíbrio hidroeletrólítico (desidratação, hipopotassemia, hiponatremia e hipomagnesemia).

Passo 2 – Controle de sintomas

Em seguida, deve-se tratar os sintomas de abstinência em ambiente onde se possa oferecer nutrição adequada e repouso. Muitos pacientes em abstinência mantêm níveis normais de água no corpo, portanto, a administração de líquidos via intravenosa deve ser evitada a não ser que haja evidência de sangramento, vômitos ou diarreia. Medicações devem ser usadas geralmente por via oral, salvo a reposição de tiamina intramuscular.

Deve-se instituir medicamentos que aliviem os sintomas autonômicos. Dentre os agentes depressores do SNC, os benzodiazepínicos são a primeira opção de escolha por possuírem boa margem de segurança, baixo-custo, ação anticonvulsivante e preventiva do Delirium Tremens.

Os benzodiazepínicos de meia vida curta como o lorazepam são muito utilizados para pacientes com complicações hepáticas (esse medicamento não depende de metabolismo hepático) ou danos cerebrais. No entanto, precisam ser administrados mais vezes ao dia a fim de se evitar flutuações abruptas nos níveis sanguíneos que podem aumentar o risco de convulsões. Conseqüentemente, os benzodiazepínicos de meia vida longa como o diazepam são os mais utilizados. Pacientes com quadro de abstinência leve, sem complicações clínicas ou antecedentes convulsivos podem ser tratados ambulatorialmente e medicados com diazepam de 10 a 60 mg por dia nos primeiros dias. O acompanhamento deve ser intensivo na primeira semana e o aumento ou diminuição da dose deve ser realizado de acordo com as necessidades do paciente. Após o controle dos sintomas, a medicação deve ser retirada gradualmente.

Em linhas gerais, o tratamento consiste em:

1) Reposição de Tiamina:

- Leve: Tiamina 300 mg via oral 8/8h por 5 dias e 1 vez ao dia após;
- Moderado: Tiamina 100 mg intramuscular 1 vez ao dia, nos primeiros 3 dias.

Após, seguir com administração oral

- Grave: Tiamina 100mg intramuscular 8/8 horas nos três primeiros dias. Após, seguir com administração oral

2) Controle de sintomas

- Diazepam via oral 10 a 60 mg/dia, com ajuste visando remissão de sintomas. Após, a cada 24 horas, tentar reduzir 50% da dose do Diazepam), progressivamente.



- Solicitar exames laboratoriais, incluindo dosagem de magnésio (repor magnésio se necessário)
- Corrigir desequilíbrio hidroeletrolítico e alterações glicêmicas, se necessário (sempre com reposição de tiamina prévia, neste último caso)
- Se crises convulsivas ou complicações, checar item abaixo.

Passo 3 – Tratamento de complicações

- Crises convulsivas

As convulsões secundárias a quadros de abstinência alcoólica são, geralmente, do tipo tônico-clônicas (ou "grande mal") e incidem nas primeiras 48 horas (com pico entre 13 e 24 horas) após a suspensão ou redução do consumo de álcool. O aparecimento de convulsões está associado a quadros mais graves de abstinência.

Manejo: O paciente deve ser internado em ambiente hospitalar e o tratamento de escolha é utilizar benzodiazepínicos para o controle da crise convulsiva. A administração de benzodiazepínicos por via intravenosa requer técnica específica e retaguarda para manejo de eventual parada respiratória. O uso de anticonvulsivantes pode ser indicado em convulsões de repetição, mas se não houver outra etiologia que não a dependência de álcool, seu uso não deve ser mantido após a resolução do quadro.

Protocolo inicial:

- Levar paciente para reanimação
- Monitorização multiparamétrica
- Realizar HGT e corrigir glicemia se necessário (repor tiamina parenteral previamente a utilização de glicose)
- Diazepam 10 mg – endovenoso – correr 1 ampola em 10 minutos
- Manter em observação por 6 horas, com reavaliações

- Delirium tremens (DT)

Esta complicação grave e potencialmente letal da síndrome de abstinência alcoólica é vista em menos de 5% dos indivíduos dependentes de álcool. A ocorrência de DT é mais comum em pacientes com outros distúrbios orgânicos e ocorre, habitualmente, até 72 horas após a abstinência.

Sintomas: confusão mental, alucinações, tremores, febre (com ou sem sinais de infecção) e hiperresponsividade autonômica, como hipertensão, taquicardia e sudorese. São comuns alterações sensoperceptivas (alucinações e ilusões), sendo as alucinações visuais comuns, especialmente as microzoopsias (pequenos animais). Delírios também são frequentes, em geral persecutórios e relacionados à desorientação têmporo-espacial. Alterações do humor são usuais e variam desde intensa apatia até quadros de ansiedade intensa; a presença de alterações no ciclo sono-vigília é frequente. Quadros de delirium usualmente apresentam sintomas flutuantes, com piora significativa à noite.

Tratamento:

A internação é sempre indicada e o tratamento de suporte é o mesmo dos casos de abstinência de álcool não complicada. Os pacientes devem permanecer em ambiente desprovido de estímulos e iluminado. O tratamento dessa condição é feito, usualmente,



com benzodiazepínicos, visando diminuir a hiperatividade autonômica e o risco de agitação psicomotora. Dá-se preferência ao diazepam em geral em doses mais elevadas do que na abstinência não complicada (60 mg / dia) ou lorazepam (12 mg) se o paciente for hepatopata ou senil. Eventualmente, a associação de neurolépticos, em doses baixas, pode ser indicada em casos de sintomas alucinatorios (haloperidol 2 a 5 mg / dia). No caso de ocorrer distonia induzida por neurolépticos, ela pode ser controlada com o uso de anticolinérgicos ou anti-histamínicos. A administração parenteral terá início de ação mais rápido do que a oral.

- Síndrome de Wernicke Korsakoff (SWK)

A Síndrome de Wernicke Korsakoff (SWK) está ligada a deficiências vitamínicas, em especial de tiamina e outras vitaminas do complexo B. A Encefalopatia de Wernicke é uma complicação potencialmente fatal (mortalidade de 15 a 20% se não tratada) que é composta por uma tríade: oftalmoplegia, ataxia e confusão mental. Os movimentos oculares podem consistir em nistagmo horizontal e vertical, fraqueza ou paralisia do músculo reto lateral e do olhar conjugado.

A presença de todos esses sintomas não é necessária para o diagnóstico e a recuperação é incompleta em 40% dos casos. A maioria dos pacientes (cerca de 80%) com encefalopatia de Wernicke também desenvolve Korsakoff, quadro caracterizado por amnésia retrógrada e anterógrada, desorientação e comprometimento da memória recente. Lesões nos corpos mamilares e núcleos talâmicos resultantes de deficiências vitamínicas e dos efeitos tóxicos diretos do álcool são frequentemente observadas.

Tratamento: O tratamento da SWK ainda não está adequadamente estabelecido no que diz respeito à via e à dose de tiamina necessária. Tanto para a prevenção quanto para o tratamento, a maioria das recomendações de suplementação vitamínica é de base empírica. A dose de tiamina preconizada é de 250 a 300 mg IM/EV ao dia por 3 dias. No caso da via EV, deve-se diluir a tiamina em 100ml SF 0,9%. Após, manter essa mesma dose via oral. Alguns pacientes podem requerer tratamento com vitaminas do complexo B durante um período prolongado. É importante o monitoramento dos níveis de magnésio, pois esse íon é um cofator para o metabolismo da tiamina, e sua deficiência pode ocasionar neuropatia e confusão mental. A reposição de magnésio deve ser indicada nesses casos. Nos casos graves (< 1 mg/dL) e sintomáticos com manifestações neuromusculares e neurológicas ou arritmias, a reposição deve ser de 2 g de sulfato de magnésio diluídos em 100 mL de solução, por via venosa, em 5 a 10 minutos, seguidos por infusão contínua de 4 a 6 g/dia durante 3 a 5 dias se a função renal for próxima ao normal.

C. Tratamentos para dependência de álcool

A) Dissulfiram

O dissulfiram é um inibidor irreversível e inespecífico da enzima aldeído desidrogenase. Ao inibir esta enzima, ocorre um acúmulo de acetaldeído no organismo gerando uma série de sinais e sintomas desagradáveis, potencialmente perigosos. Dentre as contra-indicações para seu uso, pode-se citar: cirrose hepática com hipertensão portal, risco de anomalia congênita em mulheres grávidas e a síndrome mental orgânica devido ao prejuízo da capacidade de compreensão do risco da reação etanol- dissulfiram.



Recomenda-se monitorizar a função hepática a cada três meses na fase de manutenção. No primeiro mês de tratamento, esses exames laboratoriais podem ser realizados a cada duas semanas.

- Não usar se:
 - o Insuficiência hepática ou hepatopatia grave
 - o Cardiopatias e doenças clínicas graves
 - o Incapacidade de compreender a ação da medicação
 - o Pacientes tiverem bebido nas últimas 2 horas.
 - o Efeitos colaterais
 - o Gosto metálico na boca
 - o Diminuição de libido
 - o Náuseas
- Dose: 250 a 500 mg
- Supervisão do uso aumenta muito a eficácia do tratamento

B) Naltrexona

A naltrexona é um antagonista do receptor opióide muito utilizado no tratamento do alcoolismo devido sua atuação como atenuante dos efeitos prazerosos do álcool. Em 1995, o FDA aprovou a naltrexona para o tratamento do alcoolismo.

- Não usar se:
 - o Transaminases acima de 300 U/L
 - o Hepatopatia grave
 - o Dependência de opioide
- Efeitos colaterais
 - o Náuseas
 - o Tontura
 - o Sedação
- Dose: 50 a 200 mg. Doses mais avaliadas 50 ou 100 mg
- Pode demorar alguns dias para obter-se o efeito pleno.

C) Topiramato

O topiramato é um anticonvulsivante modulador de canais de sódio. Está recomendado para pacientes com uso compulsivo de álcool, principalmente quando não é possível garantir a abstinência do paciente.

- Não usar se:
 - o Acidose metabólica
 - o Nefrolitíase
- Efeitos colaterais
 - o Sedação
 - o Parestesia
 - o Náuseas, perda de apetite



- Dose: 50 a 300 mg.
- Pode demorar alguns dias para obter-se o efeito pleno.

7.2. Tabaco

O tratamento medicamentoso na enfermaria conta com duas opções farmacológicas: bupropiona e reposição de nicotina.

Todos os fumantes devem ser encorajados a parar de fumar, sendo abordados conforme Protocolo de Tabagismo.

A) Bupropiona

A Bupropiona é um antidepressivo que inibe a recaptção de dopamina e noradrenalina. Ela age principalmente diminuindo os sintomas de abstinência, mas também tem ação menos importante diminuindo os efeitos reforçadores da nicotina. Nos estudos ela apresenta resultados menores nas taxas de abstinência do que a vareniclina, mas pelo seu custo e disponibilidade ela ainda é considerada a primeira escolha em diversos serviços de saúde. Esta medicação pode ser usada em associação com a reposição de nicotina. A bupropiona diminui o limiar convulsivo e está contraindicada em pacientes com epilepsia e outras patologias que apresentam um risco aumentado de convulsão como dependentes de álcool, com bulimia e anorexia.

- Não usar se
 - o Houver histórico de epilepsia ou crises convulsivas
 - o Estiver usando IMAO (até 15 dias depois da interrupção do uso).
- Efeitos colaterais
 - o Boca seca
 - o Cefaleia
 - o Inquietação e agitação
 - o Insônia
- Dose
 - o 150 mg por dia nos 4 primeiros dias
 - o 150 mg duas vezes por dia a partir do quinto dia de uso
- Emprego
 - o Começar uso 1 a 2 semanas antes da data para parar de fumar

B) Reposição de nicotina

Na reposição de nicotina (RN) a nicotina é administrada por outros meios, como o adesivo, goma, pastilha, spray ou inaladores. No Brasil, a reposição está disponível por três meios: adesivo, goma e pastilha. Inicialmente a nicotina proveniente do cigarro (ou outros meios) é substituída pela nicotina dos RN e em um segundo momento, ela é reduzida gradativamente diminuindo assim os incômodos da síndrome de abstinência. Além disso, como o uso dos RN mantém um nível basal constante de nicotina, quando o paciente fuma os efeitos positivos (“reforçadores”) do cigarro são diminuídos.

Inúmeros estudos demonstraram a eficácia da RN, especialmente quando utilizadas em combinação (goma+ adesivo).



Os adesivos são comercializados em 21, 14 e 7 mg, porém, tabagistas com maior grau de dependência ou com comorbidades psiquiátricas podem usar doses maiores de até 42 mg. A goma de mascar, comercializada com 2 ou 4mg, pode ser utilizada sozinha em horários marcados (por exemplo 2 mg, 6x ao dia), além de doses de escape para quando o paciente tiver vontade de fumar. Também pode ser usada em associação com adesivos para momentos em que o paciente apresenta maior fissura.

A diminuição deve ser gradual, com a média de 7 mg a cada 4 semanas, porém, pode ser mais lenta se necessário. Um fumante de 20 cigarros ao dia deve iniciar com 21 mg, porém essa dose pode ser aumentada ou diminuída conforme a tolerância e resultado do tratamento.

7.3. Cocaína e Maconha

Não há tratamentos farmacológicos reconhecidamente eficazes para o tratamento das dependências de maconha e cocaína.

Para estas drogas, o tratamento psicoterápico é o que demonstrou melhores resultados. Princípios básicos são apresentados a seguir:

A) Desintoxicação

Uma vez que é construída uma relação de confiança com o paciente e ele se encontra pronto para seguir no tratamento, orienta-se a parada do uso. O paciente deve ser informado dos possíveis sintomas imediatos decorrentes da abstinência e que são característicos de cada droga, particularmente na situação do poliusuário. Uma regra geral é que os sintomas de abstinência seguirão o caminho oposto dos efeitos principais da droga durante a intoxicação, por exemplo, a cocaína promove um estado de excitação e euforia na intoxicação e sintomas depressivos e cansaço excessivo na abstinência.

O paciente deve ser avisado que durante a internação seus sintomas e sinais de abstinência irão ser tratados e minimizados.

B) Mudança de estilo de vida

Orienta-se o paciente sobre como ele deve alcançar uma rotina de vida sem o uso de substâncias psicoativas. Neurobiologicamente, é nesta etapa que o sistema de recompensa pode se recuperar de modo a propiciar ao paciente a busca de comportamentos hedônicos naturais e não mais aqueles restritos ao efeito das substâncias psicoativas.

São usadas, nesta fase, técnicas psicológicas já estabelecidas no tratamento das dependências químicas e cuida-se também de reabilitar o paciente nas possíveis áreas de deficiência, marcadamente no âmbito social, ocupacional e pessoal. Isto exemplifica a importância do trabalho em equipe com o paciente usuário de cocaína, ou seja, porque há muitas áreas da vida prejudicadas são necessários profissionais diferentes que atendam as particularidades nestas áreas. Nesta fase, é útil o encaminhamento do paciente para a participação de grupos de autoajuda, uso de acompanhantes terapêuticos para o estabelecimento de novas rotinas, assistência jurídica, orientação vocacional e terapia individual.

7.4. Opióides

A) Síndrome de Abstinência de Opióides



Os sintomas inicialmente são suores, lacrimejamento, rinorréia, bocejos e fissura. Após algumas horas da abstinência de um opioide de meia-vida curta, os sintomas são inquietação psicomotora, ondas de calor e frio, dores musculares, cólicas abdominais intensas, midríase, calafrios e tremores de membros superiores e inferiores. Após cerca de 24 horas do uso de opioide de meia-vida curta, náuseas, vômitos, diarreia, aumento da pressão arterial, da temperatura e da frequência cardíaca, câibras, disforia podem estar presentes.

B) Tratamento da Síndrome de Abstinência de Opióides

A ideia central do tratamento de desintoxicação rápida ou longa é fazer com que o paciente, no menor tempo possível, deixe de tomar qualquer opioide. Tem-se verificado que a desintoxicação de longo prazo apresenta melhores resultados do que a de curto prazo. Isso leva alguns autores a verificar que todo regime de tratamento deve ser individualizado, o que limita a possibilidade de formação de protocolos fixos para a abordagem terapêutica e que pacientes sem uso de medicação durante o tratamento apresentam elevadas taxas de recaída.

Nesta fase, podem ser utilizados:

- Os próprios fármacos abusados com retirada progressiva;
- Drogas que produzem tolerância cruzada com o fármaco abusado;
- Medicamentos que melhoram os sintomas de retirada;
- Drogas que afetam os mecanismos que produzem os sintomas de abstinência. A

As medicações que podem ser utilizadas nesta fase, dadas as evidências científicas de efetividade, e desde que os sintomas de abstinência apareçam e justifiquem o uso são: metadona e clonidina.

Metadona

A metadona é a droga mais administrada nos casos de síndrome de abstinência a opióides. Constitui em uma mistura racêmica agonista do receptor μ , apresentando um pico de concentração plasmática de 4 horas e uma taxa de ligação proteica de 90%. Os tratamentos com metadona constituem o modelo de tratamento da dependência de opióides mais avaliado e estudado.

O Consenso Brasileiro para o Tratamento da Síndrome de Dependência de Opióides recomenda que se observem os quatro seguintes critérios, baseando-se nos sinais e sintomas de abstinência, para se utilizar a metadona:

- Midríase;
- Aumento da pressão arterial sistólica em 10mmHg;
- Aumento da frequência cardíaca em 10 batimentos por minuto;
- O conjunto de sintomas: suores, calafrios, bocejos, dores pelo corpo, diarreia, rinorreia, lacrimejamento.

O paciente é observado durante o primeiro dia de internação a cada quatro horas e, tendo dois ou mais destes critérios, administrar-se-á metadona na dose de 10 mg a 20 mg. A dose total de metadona nas primeiras 24 horas de observação, que dificilmente ultrapassa os 60mg, é chamada de dose de estabilização. No segundo dia, esta dose total é dividida em duas tomadas e, nos dias seguintes, deve-se realizar uma redução de 5 mg / dia até a retirada completa.

- Não usar se:



- o Insuficiência respiratória grave
- Efeitos colaterais
- o Sedação
- o Náuseas
- o Cefaleia
- o Retenção urinária
- o Tontura
- Dose
- o D1: 10 a 60 mg conforme a gravidade do quadro e a quantidade da droga utilizada
- o D2: Divisão da dose em duas tomadas
- o D3 em diante: redução de 5 mg/dia até retirada completa
- Como utilizar
- o Cuidados com o abuso e dependência da metadona
- o Se possível, retirar a medicação antes da alta hospitalar

Clonidina

A clonidina, uma alfa-2 agonista, eficaz na redução da sudorese, piloereção, formigamentos, náuseas, vômitos e dores musculares. Entretanto, não tem qualquer ação na redução da fissura ou craving pelo opióide. Os resultados no tratamento da Síndrome de Abstinência com clonidina são controversos na literatura. A clonidina age suprimindo as respostas noradrenérgicas no Locus Coeruleus.

- Não usar se:
 - o Pacientes portadores de bradiarritmia grave consequente da doença do nódulo sinusal ou do bloqueio atrioventricular de 2º ou 3º graus.
- Efeitos colaterais
 - o Hipotensão postural
 - o Tontura
 - o Boca seca
 - o Sedação
 - o Disfunção sexual,
 - o A suspensão abrupta do tratamento pode causar síndrome de retirada, caracterizada por exacerbação da atividade simpática e efeito rebote na pressão arterial.
- Dose
 - o 0,3 a 0,6 mg
- Emprego
 - o Monitoramento do paciente quanto ao risco de queda.

7.5. Benzodiazepínicos

A) Intoxicação aguda

O manejo da intoxicação aguda deve ser bem conhecido, já que os benzodiazepínicos são drogas muito utilizadas em tentativas de suicídio e presentes em muitas intoxicações acidentais por medicamentos.

Os pacientes podem apresentar rebaixamento do nível de consciência, respiração e reflexos, chegando a bradicardia, hipotensão, hipotermia, ataxia e nistagmo. Na maioria dos casos, a evolução é benigna, mas há relatos de coma e morte. A gravidade, por sua



vez, é influenciada pela dose, idade, estado clínico do paciente e uso de outros depressores do sistema nervoso central.

O tratamento inclui:

- Lavagem gástrica através de sonda nasogástrica; em adultos é realizada com 200 mL de água ou solução salina aquecida a 38°C e repetida até que se obtenha líquido claro.
- Evitar indução de vômitos, pelo risco de broncoaspiração.
- Carvão ativado, posteriormente à lavagem gástrica: utilizar 30 g em uma solução a 10% em salina a cada 4 a 6h. A primeira dose deve ser drenada após 30 minutos e as outras permanecem no trato gastrointestinal para eliminação com as fezes.
- Laxativos: manitol em solução a 20%, de 100 a 200 mL de 8 em 8 horas nas primeiras 24h, associado ao carvão ativado.
- Suporte hemodinâmico e ventilatório.
- Uso do antagonista: Flumazenil.
- o Em adultos:
 - 0,2 mg em bolus EV em 15 segundos
 - 0,2 mg/min até 2,0 mg, com máximo de 5 mg, de acordo com efeitos, em até 3 minutos.
- Em crianças, 10 a 20 microgramas/Kg intravenosa.
- o Realizar eletrocardiograma prévio. Se associados a antidepressivos tricíclicos, risco de convulsões; se associados a hidrato de cloral e carbamazepina, risco de arritmias.
- Lembrar que a diurese forçada e a diálise não aceleram a eliminação desses agentes.

B) Síndrome de abstinência

A retirada abrupta de um benzodiazepínico pode causar uma série de sintomas, incluindo o reaparecimento dos sintomas iniciais pré-tratamento, sintomas rebote (piora dos sintomas iniciais) e síndrome de abstinência. A duração e gravidade dependem da meia vida da medicação (menor a meia vida, maior o potencial de sintomas), da potência (maior a potência, maior o potencial de sintomas), da gravidade da dependência e da dose utilizada.

Entre os sintomas, podem aparecer: ansiedade, alucinações, agitação, delírio, depressão, apatia, indisposição, prejuízo de memória e concentração, pesadelo, ataxia, náuseas e vômitos, tremores, hipotensão postural, cefaleia, tontura, letargia, fraqueza, mal-estar, anorexia, perda de peso, além da tríade disforia, hipoacusia e gosto metálico na boca.

A melhor técnica de tratamento é a retirada gradual da medicação, que pode ser feita com redução de 25% da dose por semana ou negociando diretamente com o paciente. Para os que não conseguirem concluir o plano de redução, pode-se trocar por um benzodiazepínico de meia vida mais longa e, a partir daí, seguir a diminuição.

C) Síndrome de dependência

Geralmente se instala de maneira insidiosa, ao longo de anos de uso da medicação, com desenvolvimento de tolerância e, na tentativa de retirada, aparecimento de sintomas de abstinência.



A abordagem deve incluir:

- Tratar a síndrome clínica do paciente para a qual o benzodiazepínico foi indicado.
- Retirada gradual ou troca de benzodiazepínico (descritas anteriormente)
- Troca por outra classe de medicação sem potencial de dependência
- Intervenções psicossociais

8. Avaliação por escalas

Nos primeiros dias de internação, os pacientes são submetidos aos seguintes questionários e escalas que visam realizar uma aprofundada avaliação diagnóstica e possibilitar o monitoramento da eficácia do tratamento:

- Escala de Impressão Clínica Global (CGI), Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), escala Transtorno de Ansiedade Geral (GAD-7) e Escala de Gravidade de Dependência (ASI-6). Outras escalas são aplicadas de acordo com a(s) substância(s) utilizadas pelo paciente.
- Pacientes com transtorno pelo uso de álcool: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar). Esta escala avalia, através de escores, a gravidade da síndrome de abstinência de álcool e serve para indicar a terapêutica mais apropriada para cada caso.
- Pacientes com transtorno pelo uso de tabaco: teste de Fagerstrom. Este teste avalia a gravidade da dependência de tabaco.
- Pacientes com transtorno pelo uso de opioide: Escala Clínica de Abstinência de Opióides. Esta escala avalia os sintomas de abstinência dos opióides e auxilia no monitoramento do tratamento.
- Pacientes com transtorno pelo uso de cocaína: escala Cocaine Craving Questionnaire Brief. Esta escala avalia a intensidade da “fissura” pela cocaína e auxilia no monitoramento deste importante parâmetro de tratamento.

Com exceção das escalas de Fagerstrom e da ASI-6, todas são aplicadas também ao final da internação.

- Bateria neuropsicológica que investiga alterações cognitivas mais comumente presentes nesta população. São utilizadas as escala Montreal Cognitive Assessment e de rastreio de funções executivas.
- Escala Urica. (University of Rhode Island Change Assessment Scale). Este instrumento permite avaliação da motivação para o tratamento através da discriminação entre os chamados “estágios de mudança”. Será utilizada versão traduzida e validada para o nosso meio por Figlie (1999).

Tratamento ambulatorial

A) Atendimento médico

Os pacientes são atendidos diariamente pelos médicos psiquiatras do ambulatório do CREDEQ. Neste momento, é realizada avaliação psiquiátrica ampla, com anamnese e exame psíquico detalhados e descritos, para fundamentação diagnóstica e terapêutica. É fundamental que sejam avaliadas possíveis comorbidades clínicas, com exame físico



completo ou direcionado. Após a primeira consulta e em todas as reavaliações, o médico irá definir o regime de tratamento (ambulatorial ou internação).

B) Atendimento em Psicoterapia

Os atendimentos em psicoterapia acontecem mediante necessidade individual. Presença e gravidade das comorbidades, padrão de consumo (lapsos e recaídas), situações de vulnerabilidade como violência e demais questões sociais, assim como questões comportamentais e emocionais relacionadas ao consumo de substâncias que não são efetivamente abordadas em grupos, são os critérios utilizados para indicação de psicoterapia individual.

C) Grupos Terapêuticos

O serviço oferece seis grupos (acolhimento, habilidades, cotidiano, redes, acolhimento familiar e manutenção familiar). Todos os grupos terapêuticos são coordenados por equipe multiprofissional: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais.

- Grupo de Acolhimento ao Usuário

O grupo busca proporcionar um ambiente acolhedor, por meio da escuta qualificada. Visa também oferecer informações sobre o serviço, sobre as drogas ao paciente, criando um ambiente de escuta reflexiva e discussões que o auxiliem na identificação de demandas de cuidado. São utilizadas técnicas da Entrevista Motivacional, Política de humanização do SUS e outros conhecimentos específicos sobre as substâncias psicoativas, sobre o serviço e manejo de grupo. Grupo aberto. Recebe novos pacientes do ambulatório e/ ou pacientes pouco motivados advindos de outros tratamentos ou internação.

- Grupo de Cotidiano

Grupo aberto. É oferecido a pacientes que já passaram pelos grupos de motivação e tratamento ou recém-saídos da internação. O objetivo deste grupo é estimular a manutenção da mudança de comportamento e do estilo de vida. Trata-se de temas pertinentes à dependência química e temas diversos relacionados à vida cotidiana, como: lazer, trabalho, estudo, relacionamentos sociais e familiares e rede de apoio.

- Grupo de Acolhimento familiar

Consiste em uma estratégia grupal de apoio, orientação e promoção da saúde que busca identificar situações de sobrecarga e o fortalecimento das redes apoio. Discute-se educação em saúde sobre dependências de substâncias e orientação sobre manejo com o paciente em diferentes situações. Espaço que vem promovendo um ambiente de apoio e acolhimento em circunstâncias de sofrimento e desesperança, reflexão do estigma e das expectativas de "cura", promoção da saúde e das práticas de cuidado de si. Grupo fechado com 12 encontros de 1h30 cada.

D) Serviço Social

O CRESM oferece atendimento de profissionais do serviço social, que identificam os determinantes sociais que interferem no processo de adoecimento e realizam orientações sobre direitos sociais e previdenciários e encaminhamentos para serviços das áreas de saúde, educação, lazer, cultura e trabalho.



E) Critério de alta

- Critérios de alta a qualquer momento durante o tratamento:
 - o Faltas em 6 meses sem justificativa;
 - o Abstinência de 6 meses;
 - o Paciente que concluiu o projeto terapêutico definido pela equipe assistente;

Referências

1. Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.
2. Malbergier, A ; Pillegi, A. B. ; Siveira, C. M. ; Oliveira Jr, H. P. ; Maia, J. M. C. ; Aguiar, J. E. R. ; Cardoso, L. R. D. ; Amaral, R. A. ; Nicastri, S. ; Castellani, V. ; Andrade, A. G. . Síndromes decorrentes do uso de Substâncias. In: Euripedes Constantino Miguel, Valentim Gentil e Wagner Farid Gattaz. (Org.). Clínica Psiquiátrica. 1ªed.São Paulo - SP: Editora Manole, 2011, v. 1º, p. 667-697.
3. Malbergier, A (editor) Abordagem clínica da Dependência de drogas, álcool e nicotina. Manual para profissionais de saúde mental. Editora Manole, 2018.
4. Eisenberg MJ, Fillion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, Pilote L. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ. 2008;179(8):802.



PROTOCOLO DE ABORDAGEM DE PACIENTES COM DEPRESSÃO MAIOR

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F41.2 Transtorno misto de ansiedade e depressão

Estado em que o sujeito apresenta, ao mesmo tempo, sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. Quando os sintomas

ansiosos e depressivos estão presentes simultaneamente com uma intensidade suficiente para justificar diagnósticos isolados, os dois diagnósticos devem ser anotados e não se faz um diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo. É sinônimo de depressão ansiosa (leve ou não-persistente).

F43.20 Reação depressiva breve

Estado depressivo leve e transitório, de duração não excedendo 1 mês. É um tipo de transtorno de ajustamento (ou de adaptação) ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de "stress" pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de "stress" considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou a continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular nos adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir de uma reação depressiva, ou de uma outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração. Inclui choque cultural, hospitalismo da criança e reação de luto.

F43.21 Reação depressiva prolongada

Transtorno de ajustamento, semelhante à reação depressiva breve, porém ocorrendo em resposta a uma exposição prolongada a uma situação estressante, com duração não excedendo 2 anos.

F43.22 Reação mista de ansiedade e depressão

Transtorno de ajustamento, semelhante aos anteriores, transitório, em que sintomas ansiosos mesclam-se aos sintomas depressivos, mas em níveis não maiores do que os especificados em transtorno misto de ansiedade e depressão (F41.2).

F32 Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição



do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui:

episódios isolados de (um) (uma):

- depressão:
- psicogênica
- reativa
- reação depressiva

Excluir:

quando associados com transtornos de conduta em F91.- (F92.0)

transtornos (de):

- adaptação (F43.2)
- depressivo recorrente (F33.-)

F32.0 Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

Depressão:

- agitada
- maior episódio único sem sintomas psicóticos
- vital

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente á descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Episódios isolados de: depressão major com sintomas psicóticos, depressão psicótica, psicose depressiva psicogênica e reativa

F32.8 Outros episódios depressivos



Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão “mascarada” SOE

F32.9 Episódio depressivo não especificado

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

F33 Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-). Inclui episódios recorrentes de depressão psicógena, de depressão reativa, de reação depressiva e o transtorno depressivo sazonal.

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual leve, tal como descrito em F32.0, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em F32.1, na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.2, na ausência de qualquer antecedente de mania. Inclui a depressão endógena, a depressão maior recorrente sem sintomas psicóticos, a depressão vital recorrente, e a psicose maníaco-depressiva em forma depressiva sem sintomas psicóticos.

F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descrito em F32.3, na ausência de qualquer antecedente de mania. Inclui: depressão endógena com sintomas psicóticos, episódio recorrente grave de depressão maior com sintomas psicóticos, depressão psicótica, psicose depressiva psicogênica e psicose depressiva reativa. Inclui também a psicose maníacodepressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos.

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão



O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descritos acima (F33.0-F33.3) mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isto há vários meses.

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes

F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação

Depressão unipolar sem outra especificação.

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam contudo a um sofrimento e à incapacidade consideráveis.

Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

F34.1 Distímia

Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve (F33.-).

Inclui: depressão ansiosa persistente, depressão neurótica, neurose depressiva, personalidade depressiva

F38.1 Outros transtornos do humor [afetivos] recorrentes

Episódio depressivo recorrente breve

DIAGNÓSTICO

A coleta da história clínica, a anamnese e o exame devem observar os critérios da décima versão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde.

Nenhum sinal ou sintoma psicopatológico é, por si, patognomônico. A confecção do diagnóstico deve levar em conta que os critérios da CID apresentam certo grau de subjetividade, devendo-se evitar a psicologização, a medicalização e a farmacologização de sentimentos e condições humanas normais.

A psicologização e a psiquiatrização dos discursos familiares e escolares criam, seguidamente, abusos na interpretação de desvios sociológicos. Isto tem consequências complexas, especialmente para as crianças, pois há setores da sociedade que impulsionam os médicos a assumirem um discutível papel de agente tutelar das famílias.

Na ausência de certeza e de possibilidade de comprovação, deve-se ter o cuidado de não adicionar comentários escritos ou de criar documentos, capazes de ser utilizados para atribuir nexos causais ou contributivos, mesmo que superficiais. Documentos emitidos por membros das equipes de saúde podem ser utilizados em processos administrativos, previdenciários, éticos ou judiciais, de formas não imaginadas e não planejadas por quem os assinou.

Os transtornos afetivos não se confundem com reações e estados transitórios desagradáveis normais. Não se confundem com variações neuróticas momentâneas das



emoções e dos sentimentos. Não se confundem com reações explicáveis por ajustamentos ou desadaptação diante de fatos da vida social e afetiva, e nem por reações próprias das características da personalidade da pessoa. Um cuidado especial deve ser tomado, para não se encaixar, negligentemente, como doença o que não é, e vice-versa.

Em caso de indícios de transtorno depressivo ainda sem comprovação clínica, o profissional deverá deixar claro que apenas suspeita, sem atribuir o rótulo ao caso.

Havendo sintomas importantes, ainda sem diagnóstico completo e sem classificação, poder-se-á indicar no documento de encaminhamento a suspeita diagnóstica em relação ao código F3, que identifica a forma alfanumérica da alteração da afetividade ou do humor, seguida de uma lacuna e um ponto de interrogação entre parênteses.

Deve-se fazer o diagnóstico diferencial, evitando confundir outras condições com o transtorno afetivo bipolar ou com depressões monopolares, pois podem ocorrer manias e depressões secundárias a outras causas. Veja-se o quadro das depressões secundárias:

Depressões secundárias: tipos e causas

Induzida por drogas	Intoxicação ou abuso de: opioides, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, álcool, reserpina. Por abstinência de: cocaína, anfetaminas, simpaticomiméticos
Metabólica	Uremia, deficiência de niacina (pelagra), de B ₁₂ , anemia, hipotireoidismo, síndrome de Cushing, doença de Addison, apneia do sono, intoxicação por metal pesado, síndrome paraneoplásica
Infecçiosa	Doença de Lyme, neurosífilis, HIV, síndrome de Behçet, meningite
Neurológica / cerebrovascular	Isquemia, AVC, neoplasia, convulsões parciais complexas, estado pós ictal, hidrocefalia de pressão normal, doença de Parkinson

Fonte: Baseado em: STERN, T.A.; FRICCHIONE, G.L.; CASSEM, N.H. et al. (editors). *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 5th edition. Philadelphia, PA: Mosby; 2004. pp. 119-134.

O código F43 pode causar problemas na Previdência, uma vez que o programa informatizado do INSS nem sempre utiliza os algoritmos que vêm após o ponto.

Muitos transtornos de ajustamento depressivos multicausais, ou por causas que não se relacionadas ao trabalho, se forem bem descritos, podem ser confundidos com agravos laborativos ou profissionais. É interessante que os atestados deixem claro, quando for o caso, que o transtorno de ajustamento relaciona-se a problemas pessoais, conjugais, familiares, financeiros, ou outros, para que não pareça resultarem de atividades próprias do emprego ou dos processos de trabalho. Isto evitaria erros capazes de redundar em judicialização desnecessária.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Quadros depressivos em adultos e crianças.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- 1) Sintomas ou síndromes depressivas próprios de reações de ajustamento (F43) ou de outros quadros neuróticos (F4_) sem sintomas depressivos;
- 2) Episódios depressivos integrantes de transtorno afetivo bipolar;
- 3) Síndromes depressivas orgânicas;
- 4) Hipersensibilidade aos fármacos;
- 5) Psicose alcoólica ou tóxica concomitante à depressão;



- 6) Dependência grave de fármacos psicoativos, em síndrome de abstinência;
- 7) Pessoa impossibilitada de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo;
- 8) Sintomas depressivos transitórios normais ou adaptativos, sem critérios para classificação como doença.
- 9) depressões pós-esquizofrênicas (F20.4)
- 10) transtornos esquizoafetivos, de tipo depressivo (F25.1) e de tipo misto (F25.2).

6. CASOS ESPECIAIS

Os casos especiais implicam comorbidades com outros transtornos mentais ou comportamentais, inclusive transtornos de personalidade (como os de personalidades emocionalmente instáveis) e os quadros demenciais.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades sanitárias da rede primária, centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios, hospitais, prontos-socorros, SAMU, UPA. A avaliação inicial deve ser feita preferencialmente pela equipe de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Locais de Saúde ou Centros de Saúde, constituindo-se na porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde.

8. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Pacientes em quadros graves, com risco de auto agressividade ou heteroagressividade e/ou ausência de suporte social básico.

9. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Pacientes que não estejam respondendo à terapêutica instituída, após tempo hábil de início do efeito.

10. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Paciente em remissão do quadro que precipitou a internação, capaz de seguir o acompanhamento ambulatorial.

Avaliação médica psiquiátrica:

- Anamnese;
- Exame Físico;
- Exame Psíquico;
- Solicitação de Exames Laboratoriais e de Imagem;
- Estabelecimento de Hipóteses Diagnósticas;
- Detecção de Comorbidades;
- Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Diagnóstico diferencial:

- Transtorno bipolar;
- Causas orgânicas de depressão:
- Causas orgânicas de depressão:

Drogas de abuso (esp. álcool, cocaína, anfetaminas, outros estimulantes)

Medicamentos (anorexígenos, anti-hipertensivos [metildopa, reserpina, outros], vareniclina,



bloqueadores H2, quimioterápicos, corticoides, progesterona, outros)
Parkinson
AVC
Esclerose múltipla
Huntington
Tumores do SNC (prolactinoma, outros)
Anemias
Deficiência de vitamina B12 (mesmo sem anemia)
Hipotireoidismo
Hipertireoidismo
Cushing
Addison
Hiperparatireoidismo
Síndrome Paraneoplásica (pâncreas, pulmão)
Infecções (HIV, sífilis, mononucleose)
Doenças autoimunes (Lúpus Eritematoso Sistêmico)
Apneia obstrutiva e outros transtornos do sono
Demência

2 Exames Complementares

- Exames subsidiários potencialmente úteis:
Hemograma
Glicose
Colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicérides (perfil lipídico)
Eletrólitos, incluindo cálcio, fósforo e magnésio
Ureia e creatinina
Enzimas hepáticas
Bilirrubinas
T4L/TSH
Prolactina
Vitamina B-12
VHS, PCR, FAN
Sorologia para HIV
Sorologia para sífilis
Beta-HCG (mulheres em idade fértil)
Urina
Urina I
Toxicológico urinário
Eletrocardiograma (>40 anos ou se indicado)
TC/RM (especialmente em primeiro surto psicótico)

Avaliação de riscos

- Suicídio;
- Autoagressividade;
- Não aderência ao tratamento;



- Fuga;
- Fontes de stress psicológico (perdas recentes de emprego, separação conjugal etc.).

Comorbidades psiquiátricas a considerar

- Transtorno de pânico;
- Fobias;
- TOC;
- TEPT;
- Dependência de drogas.

Tratamento farmacológico

Iniciar ou otimizar tratamento farmacológico e verificar aderência:

- Monoterapia vs. politerapia: sempre que possível, iniciar monoterapia;
- Pacientes sem tratamento prévio ou usando drogas que não de primeira linha: iniciar drogas de primeira linha;
- Características clínicas que podem ajudar na escolha da terapia:
- Aspectos relacionados ao paciente:

Resposta anterior individual (resposta, efeitos colaterais)

Comorbidades

Idade

Sexo

Gravidade da depressão

Subtipo depressivo

História familiar de tratamento/ resposta

Preferência

- Aspectos relacionados ao Antidepressivo:

Perfil de efeitos colaterais, segurança e tolerância

Eficácia no mundo real

Interações medicamentosas

Posologia

Síndrome de descontinuação

Custo

Observações gerais:

➤ Tempo adequado de tratamento: depende da taxa de resposta durante o ensaio, em vez de um esquema de tempo fixo / consensual: 4 a 6 semanas:

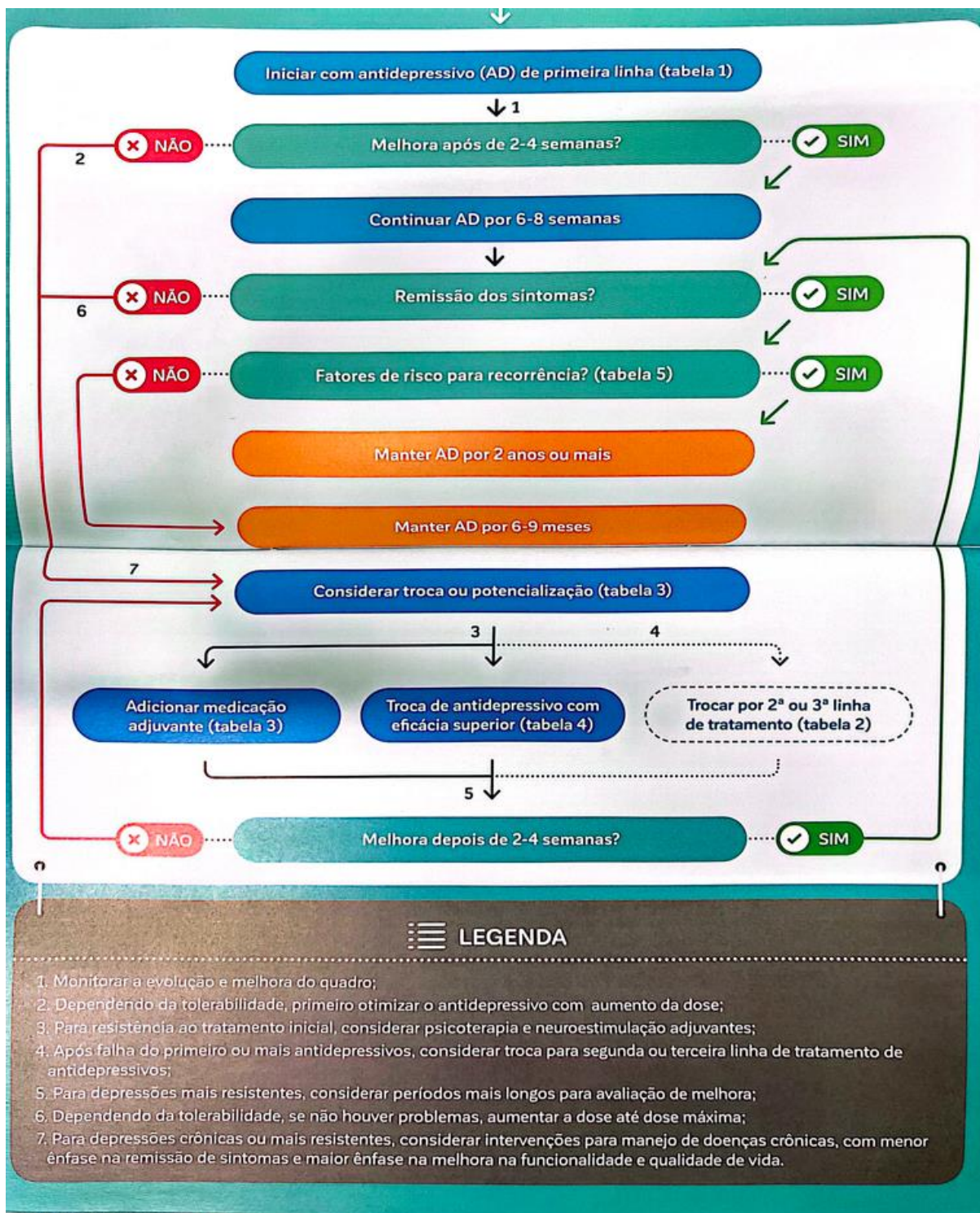
- 2 a 3 semanas: observa-se resposta
- 6 semanas: + 40 %
- 8 semanas: + 20 %

➤ Pacientes não controlados com o uso de terapia de primeira linha: verificar aderência e otimizar dose;

➤ Terapia combinada: quadros graves, estados mistos.



Figura 01: Algoritmo de Depressão Maior:



- **Recomendações para tratamento da depressão não bipolar:**
 - 1ª. linha Bupropiona, citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Sertralina, Venlafaxina
 - 2ª. linha Amitriptilina, Clomipramina, Quetiapina



- Recomendação de medicações adjuvantes se não houver resposta ou resposta parcial:

1ª. linha Aripiprazol, Quetiapina, Risperidona

2ª. linha Bupropiona, Lítio, Olanzapina, Triiodotironina

Experimental Cetamina

*somente medicamentos padronizados no CREDEQ

Observações gerais:

Quando temos de usar medicamentos concomitantes:

- Considerar potencial de interações entre os medicamentos;
- Considerar diferenças na tolerabilidade, evitando potenciais efeitos adversos;
- Buscar simplicidade de uso;
- Considerar preferência do paciente;
- Depressão com sintomas psicóticos: Associar antipsicóticos atípicos, pois os típicos, por seu potencial para causar sintomas extra-piramidais, podem mimetizar sintomas depressivos.

Fatores de risco para cronicidade ou recorrência

Idade de início precoce

Alto número de episódios prévios

Severidade do episódio inicial (definida pela presença de muitos sintomas, ideação suicida e agitação psicomotora)

Alteração do ciclo sono-vigília

Comorbidades (particularmente transtorno depressivo persistente/distímia)

História familiar de doença psiquiátrica

Cognições negativas

Alto neuroticismo

Suporte Social precário

Eventos de vida estressantes

Fatores de risco para suicídio durante um episódio depressivo maior:

- Fatores não modificáveis

Idosos;

Tentativas de suicídio anteriores

Comportamento de auto-mutilação

Pertencer a uma minoria sexual

História familiar de suicídio

História de problemas legais

- Fatores modificáveis

Ideação suicida ativa

Morador de Rua

Sintomas psicóticos

Ansiedade

Impulsividade



Perdas financeiras
Abuso de substâncias, especialmente álcool
PTSD
Transtornos de personalidade (especialmente cluster B)
Dor crônica (Migrânea, artrite)
Câncer

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

- Monitorar o risco de suicídio através de protocolo de avaliação e manejo de comportamento suicida;
- Considerar o perfil de efeitos colaterais individual, na escolha do antidepressivo para pacientes com elevado risco para esses efeitos;
- Considerar o metabolismo dos diversos medicamentos em relação às enzimas do citocromo P450 e Glicoproteína P, em pacientes com risco de interações medicamentosas importante;
- Monitorar os efeitos colaterais sexuais e alterações do perfil lipídico nos pacientes tratados com antidepressivos. Se esses efeitos ocorrerem em situações de resposta adequada e remissão, considerar estratégias para minimizar esses efeitos (redução de dose, antídotos farmacológicos e troca do medicamento);
- No caso de Transtorno Depressivo com características psicóticas, os antidepressivos podem ser combinados com medicamentos antipsicóticos.

PROCEDIMENTOS – AMBULATÓRIO DE DEPRESSÃO REFRACTÁRIA:

Caso o paciente apresente depressão refratária ao tratamento convencional, o médico assistente deverá encaminhá-lo ao Ambulatório de Depressão Refratária de acordo com POP específico.

SIGLAS

ACTH – Hormônio adrenocorticotrófico;
AVC – Acidente vascular cerebral;
Beta-HCG – Fração beta da gonadotrofina humana coriônica
CGI – Clinical Global Impression;
ECT – Eletroconvulsoterapia;
FAN – Fator antinúcleo;
H2 – Receptor de histamina tipo 2;
HDL – Lipoproteína de alta densidade;
HIV – Vírus da imunodeficiência humana;
IMAO – Inibidor da monoamino-oxidase;
ISRS – Inibidor seletivo de recaptura de serotonina;
LDL – Lipoproteína de baixa densidade;
PCR – Proteína C-reativa;
POP – Procedimento Operacional Padronizado;
PTSD – Transtorno de estresse pós-traumático;
RM – Ressonância magnética;
SNC – Sistema nervoso central;



SUS – Sistema Único de Saúde

T4L – Tetraiodotironina livre;

TB – Transtorno bipolar;

TC – Tomografia craniana;

TOC – Transtorno obsessivo-compulsivo;

TP – Tempo de proteína;

TSH – Hormônio estimulante da tireoide;

TTPA – Tempo de tromboplastina parcialmente ativada;

VHS – Velocidade de hemossedimentação;

VLDL – Lipoproteína de densidade muito baixa.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H, Tansella M, Barbui C. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2009 Feb 28;373(9665):746-58.

Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, Sareen J, Song WY, Kennedy SH, MacQueen GM, Milev RV, Parikh SV, Ravindran AV; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. *Can J Psychiatry*. 2016 Sep;61(9):510-23.



PROTOCOLO DE IDEAÇÃO SUICIDA

Estudos demonstram que a maioria das pessoas que cometeram ou realizaram tentativas de suicídio possuem algum transtorno mental diagnosticável. O suicídio e o comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos com quadros: depressão (todas as formas); transtorno de personalidade (antissocial, com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor); alcoolismo (e/ou abuso de substâncias); esquizofrenia; transtorno mental orgânico. Poucas são as pessoas que buscam auxílio profissional quando há o risco de cometer suicídio.

2.2. COMO AJUDAR A PESSOA COM RISCO DE SUICÍDIO

O contato inicial com o suicida é muito importante. O primeiro passo é achar um lugar adequado para ser realizada uma conversa tranquila e com privacidade, reservando o tempo necessário. Pessoas com ideias ou pensamentos suicidas usualmente necessitam de mais tempo, é necessário estar reparado mentalmente para ouvir e dar atenção. A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente. Conseguir esse contato e ouvir é o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida. O objetivo é dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor.

2.3.1 CONDUTAS QUE NÃO DEVEM SER SEGUIDAS:

- Não interromper, ignorar a situação;
- Ficar surpreendido com o que foi dito;
- Recusar o contato;
- Dizer que está ocupado;
- Fazer comentários invasivos e pouco claros;
- Fazer perguntas indiscretas.

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação com o paciente.



2.4. AVALIAÇÃO DO PACIENTE E RISCO DO SUICÍDIO

A avaliação do paciente é o conjunto de informações, levantamentos relevantes para permitir que seja definido um parecer final. A elaboração do parecer clínico será possível após avaliação cuidadosa e sistemática, e não deve ser baseada na simples intuição, sendo muito importante considerar os fatores de risco e proteção. Em linhas gerais, a avaliação permitirá a identificação.

➤ RISCO BAIXO DE SUICÍDIO

- Nunca tentou suicídio;
- Ideias de suicídio (são passageiras e perturbadoras);
- Não planeja se matar;
- Transtorno mental, se presente, com sintomas bem controlados;
- Boa aceitação ao tratamento;
- Conta com apoio sociais.

➤ RISCO MODERADO DE SUICÍDIO

- Tentativa de suicídio prévia;
- Depressão ou transtorno bipolar;
- Ideias persistentes de suicídio;
- Não tem um plano de como se matar;
- Não é uma pessoa impulsiva;
- Não abusa/depende de álcool ou drogas;
- Conta com apoio social.

➤ RISCO ALTO DE SUICÍDIO

- Tentativa de suicídio prévia;
- Depressão grave, influência de delírio ou alucinação;
- Abuso/dependência de álcool ou drogas;
- Desespero, tormento psíquico intolerável;
- Plano definido de se matar;
- Tem meios de como fazê-lo;
- Já tomou providências para o ato suicida.



2.5. CONDUTAS GERAIS DIANTE DO RISCO E/OU IDENTIFICAÇÃO DE SUICÍDIO

O suicídio, é um dos elementos do comportamento suicida que envolve a ideação, o planejamento e a tentativa de autoextermínio. Cabe aos profissionais a identificação e o manejo adequado junto ao paciente, de acordo com o risco identificado: risco baixo; risco intermediário e risco alto. Seguem as condutas de acordo com o risco identificado:

RISCO CONSIDERADO BAIXO: Nenhuma ação adicional específica, além do tratamento da dependência química e comorbidades (clínicas e/ou psiquiátricas) já em curso. O paciente deverá ser reavaliado e observado em intervalos regulares pelo médico assistente.

RISCO INTERMEDIÁRIO: Deverá registrar no prontuário, identificar o paciente com o adesivo amarelo na identificação destinada ao gerenciamento de risco, discutir o caso com o enfermeiro responsável e a equipe multiprofissional, alocar o paciente em ambiente seguro, e de fácil visibilidade pela equipe de enfermagem, retirar os objetos perigosos e supervisionar sempre o acesso ao banheiro.

RISCO ALTO: O paciente deverá ser avaliado de forma imediata (24h/48h) pelo plantonista e/ou psiquiatra assistente, afastar objetos perigosos, fornecer apoio emocional, manter vigilância constante; incentivar às atividades programadas, incrementar e facilitar contato com pessoas significativas, durante a reunião de mine equipe; o PTS (projeto terapêutico singular) deverá ser reavaliado.

2.6 CONDUTAS ESPECIFICAS AO CARGO

2.6.1. FUNÇÃO DO MÉDICO

- ✓ Realizar na admissão do paciente, o protocolo de risco de suicídio (NGASR) para avaliação global do risco de suicídio, do sistema MV, localizado na aba protocolos, como forma de identificar previamente, possíveis pacientes com ideação suicida. O instrumento será preenchido pelo médico plantonista em todas as admissões, e semanalmente o médico psiquiatra assistente, realizará uma nova avaliação de forma a atualizar o instrumento NGASR.
- ✓ O médico deverá avaliar clinicamente o paciente admitido e determinar o risco estabelecido pelo instrumento NGASR como: risco baixo, risco intermediário ou risco alto para suicídio;
- ✓ Solicitar avaliação do psiquiatra, no caso do médico plantonista, para identificar os diagnósticos de transtornos mentais que se correlacionam ao paciente, podendo também nortear condutas terapêuticas e auxiliar em outros manejos necessários;
- ✓ Informar aos demais membros da equipe de enfermagem e multiprofissional;
- ✓ Solicitar avaliação dos profissionais de psicologia e serviço social;
- ✓ Ter disponibilidade para escutar as angústias do paciente e esclarecer dúvidas;
- ✓ Envolver os familiares ou rede de apoio no planejamento pós alta;
- ✓ Solicitar acompanhante, sempre que possível e mais apropriado, em período integral.



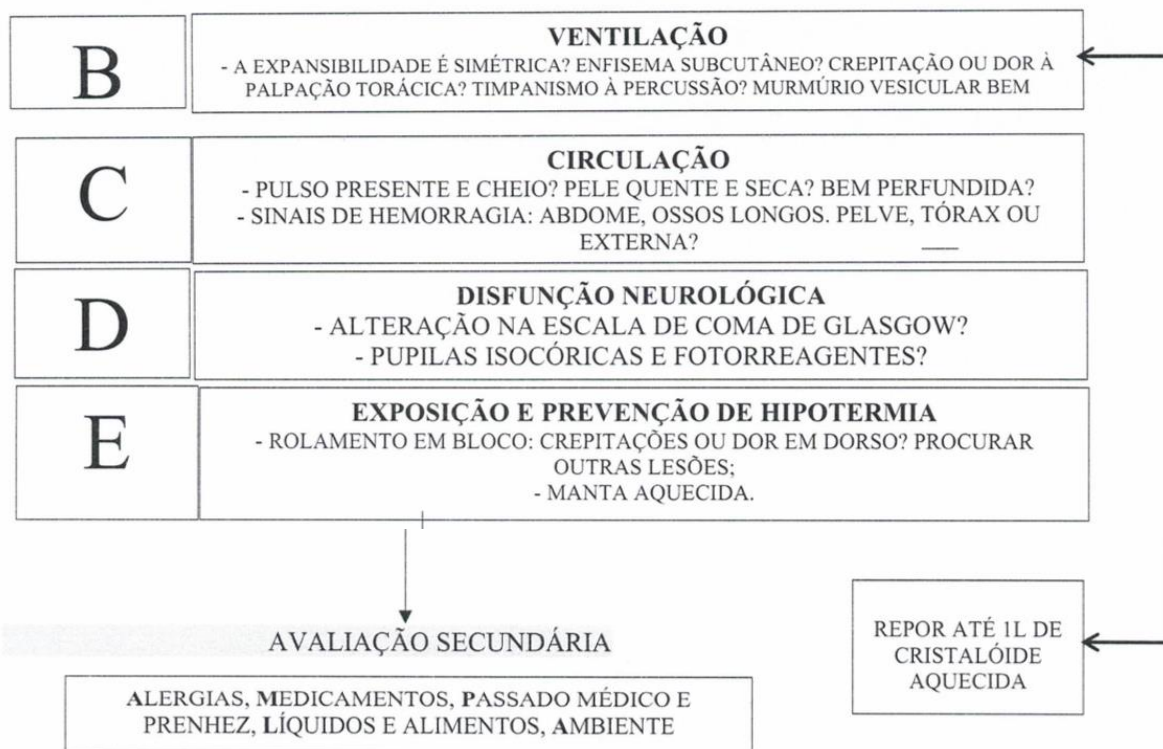
3. EVENTOS ADVERSOS- CONDUTAS PÓS INCIDENTES

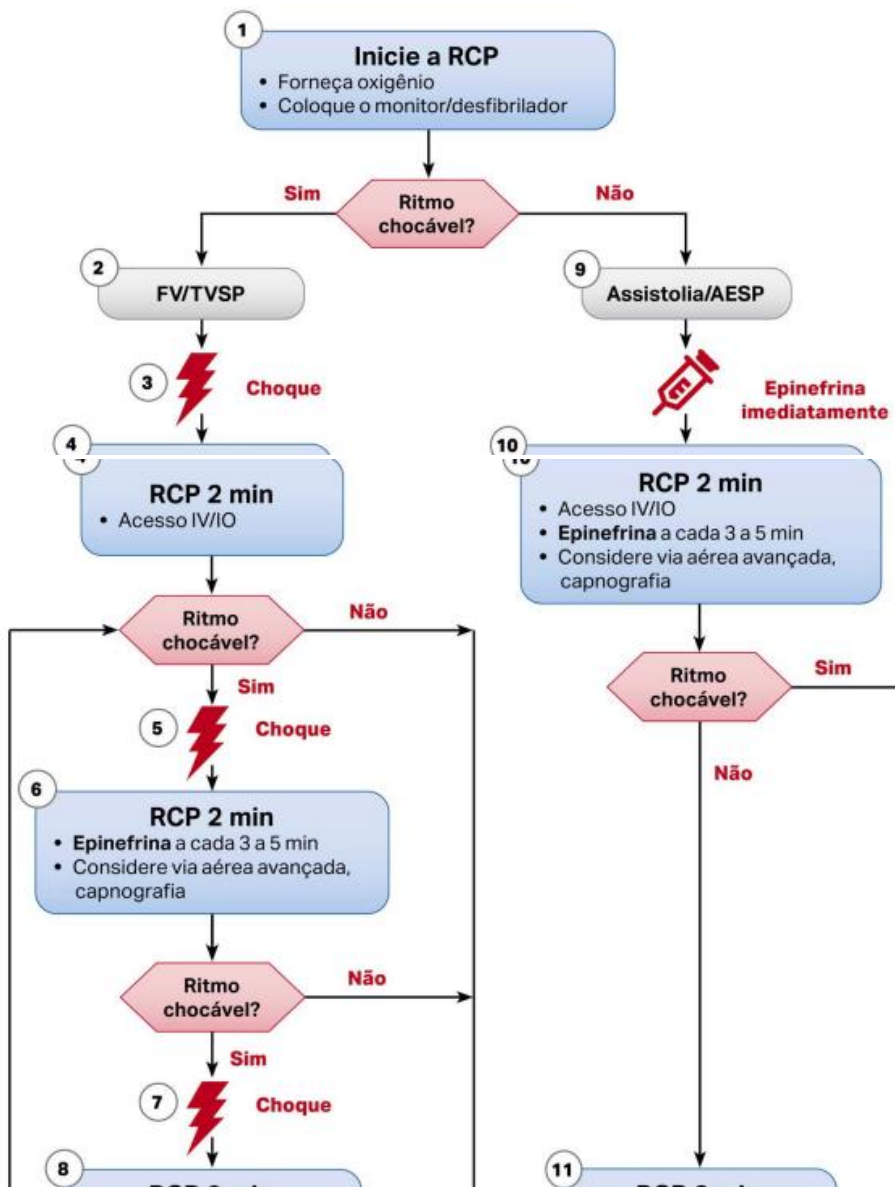
Após a identificação da tentativa de autoextermínio/suicídio e autoagressão, devem ser notificados pelos profissionais do CREDEQ e NHE (Núcleo Hospitalar Epidemiológico) da unidade. A Ficha do SINAN Violência Interpessoal/autoprovocada deverá ser preenchida e encaminhada aos órgãos competentes. Nesse sentido, esse protocolo deverá ser aplicado com o objetivo de garantir uma assistência segura, com acionamento dos órgãos competentes e para ofertar dados para vigilância epidemiológica.

4. MANEJO DE PACIENTES COM TENTATIVA DE SUICÍDIO

a) Manejo inicial trauma:

Lesões ocasionadas por traumas podem ser pequenas e isoladas assim como podem envolver múltiplos sistemas ameaçando a vida do indivíduo. Todos os pacientes que apresentaram tentativa de suicídio por meios traumáticos, tais como lesões cefálicas, automutilações, entre outros, devem ser avaliados de modo sistemático no intuito de maximizar os resultados e reduzir a mortalidade. O fluxograma a seguir apresenta o Atendimento Inicial no Trauma:





Qualidade da RCP

- Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax.
- Minimize interrupções nas compressões.
- Evite ventilação excessiva.
- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço.
- Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.
- Capnografia quantitativa com forma de onda
 - Se PETCO₂ estiver baixo ou caindo, reavalie a qualidade da RCP

Carga do Choque para Desfibrilação

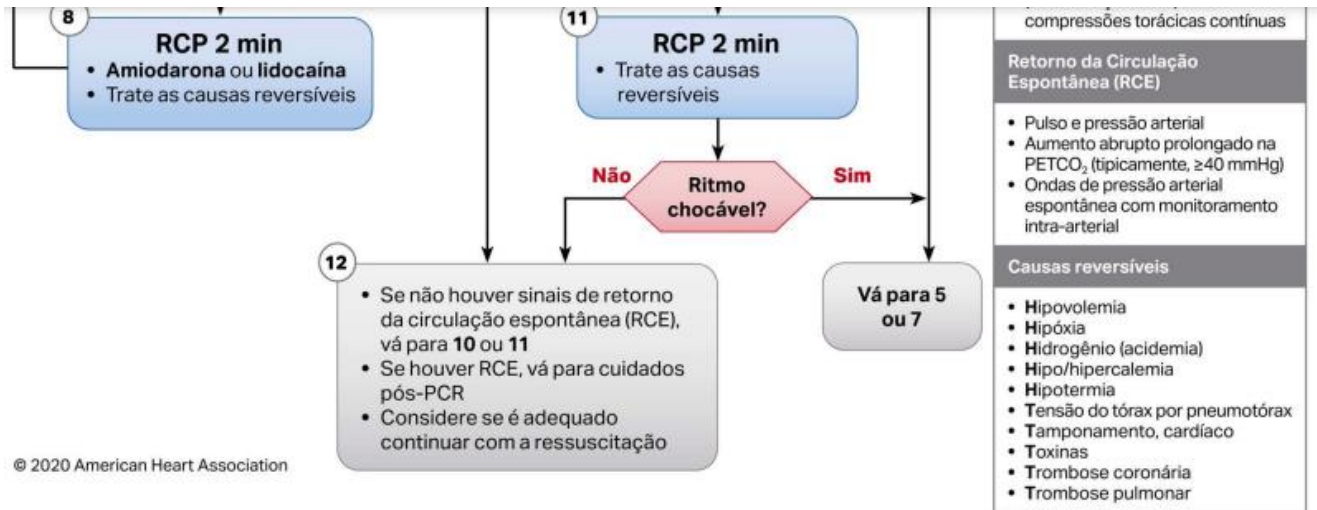
- **Bifásica:** Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J); se desconhecida, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas.
- **Monofásica:** 360 J

Tratamento medicamentoso

- **Dose IV/IO de epinefrina:** 1 mg a cada 3 a 5 minutos
- **Dose IV/IO de amiodarona:** Primeira dose: Bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg ou
- **Dose IV/IO de lidocaína:** Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg.

Via aérea avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglottica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET
- Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas



Fluxograma do Suporte Avançado de Vida de acordo com a American Heart Association, 2020.

c) Intoxicações Exógenas:

Manifestações Clínicas e Síndromes	Tóxicos mais prováveis
Intoxicação com hiperatividade adrenérgica: ansiedade, sudorese, taquicardia, hipertensão, midríase, dor precordial, IAM, AVE, arritmias.	Anfetaminas, cocaína, derivados de ergotamina, hormônios tireoidianos e inibidores da MAO.
Síndrome anticolinérgica: semelhante à intoxicação adrenérgica. Outras manifestações: retenção urinária, pele quente e seca, midríase com ausência de fotorreatividade, convulsões, hipertermia, IRA	Antidepressivos tricíclicos, anti-histaminicos, antiparkinsonianos, antiespasmódicos e fenotiazinas.
Síndrome colinérgica: bradicardia, miose, hipersalivação, diarreia, vômitos, lacrimejamento, sudorese, fasciculações, PCR, IRA, convulsões e coma.	Carbamato, fisostigmina, organofosforado e pilocarpina
Alucinógenos ou achados dissociativos: taquicardia, hipertensão, tremores, midríase, hipertermia, desorientação, alucinações, sinestesia e labilidade emocional.	Fenciclidina e LSD
Intoxicação com hipoatividade: bradipneia, rebaixamento do nível de consciência, coma, IRA, broncoaspiração e morte.	Opióides, álcool e derivados, anticonvulsivantes e benzodiazepínicos.
Intoxicação com acidose metabólica grave e persistente: taquipneia intensa, dispnéia, bradicardia, hipotensão. Exames úteis: gasometria, lactato, ânion gap e dosagem sérica de tóxicos	Acetona, ácido valpróico, cianeto, etanol, formaldeído, etilenoglicol, metformina, monóxido de carbono e salicilatos.
Crises epilépticas: convulsões	Antidepressivos tricíclicos, betabloqueadores, cocaína, fenotiazinas, inseticidas organofosforado, lítio.
Síndrome de abstinência: agitação, sudorese, tremor, taquicardia, taquipneia, midríase, ansiedade e confusão.	Álcool, antidepressivos, cocaína, fenobarbital, hipnóticos sedativos e opioides.



Abordagem inicial do paciente com intoxicação aguda:

ABCD Primário:

Vias aéreas (A) – verificar perviedade e/ou presença de corpos estranhos;

Respiração (B) – avaliar padrão, frequência e efetividade da respiração;

Circulação (C) – checar pulso – na presença de pulso avaliar glicemia capilar e necessidade de antídotos – na ausência de pulso seguir recomendações de PCR;

ABCD Secundário:

Vias aéreas (A) – realizar sequência rápida de IOT na ausência de respiração efetiva ou paciente com rebaixamento do nível de consciência;

Respiração (B) – se o paciente for intubado sempre avaliar a efetividade da ventilação (ausculta);

Circulação (C) – avaliar a necessidade de expansão volêmica e de drogas vasoativas;

Diagnósticos diferenciais (D) – avaliar causas.

Tratamentos específicos:

Síndrome	Sintomatologia	Agentes
Anticolinérgica (bloqueio receptores muscarínicos da ACH)	↑ FC, ↑ PA, midríase, febre, rubor, mucosas e pele secas, alucinações, agitação psicomotora, ↓ ruído intestinal	Atropina e derivados, beladonas, anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, biperideno
Colinérgica (diminuição da atividade da enzima anticolinesterase)	↓ FC, ↑/↓ PA, miose, fraqueza e fasciculações musculares, ↑ das secreções salivar, gastrintestinal, pulmonar	Inseticidas fosforados e carbamatos, cogumelos



Depressão do SNC	↓ FC, ↓ PA, miose, sonolência, torpor, coma, depressão respiratória, hiporreflexia, borborigmos ausentes	Barbitúricos, benzodiazepínicos, etanol, opióides, antidepressivos tricíclicos, carbamazepina
Extrapiramidal (bloqueio de receptores dopaminérgicos)	Crise oculógira, distorção facial, espasmos musculares, hipertonia, sinal da roda dentada, opistótono, mímica facial pobre, choro monótono	Fenotiazínicos, haloperidol, metoclopramida, domperidona, anti-histamínicos
Metemoglobinemia (conversão Hb em metaHb)	Cianose cinza arroxeada, taquicardia, astenia, convulsões	Nitrito, nitrato, naftalina, anestésicos, sulfona
Simpaticomimética	↑ FC, ↑ PA, midríase, febre, sudorese, agitação, rubor, convulsão, alucinação, borborigmos presentes	drogas de abuso, cafeína, descongestionantes tópicos ou sistêmicos, teofilina

Antídotos:



A

ANTÍDOTOS E MEDICAMENTOS AUXILIARES NO TRATAMENTO DAS INTOXICAÇÕES

NOME GENÉRICO / COMERCIAL	DCB	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	MECANISMO DE AÇÃO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÕES
Anticorpo anti-digoxina (FraçãoFab) / Digibind®		Ampola contendo 38 mg na forma de pó liofilizado + 75 mg de sorbitol. Reconstituir em 4 mL de água estéril para injeção. Mantem-se estável após reconstituição por 4 h, refrigerado (2 – 8°C).	Intoxicações graves por digitálicos. Reverte o distúrbio de condução AV, as arritmias ventriculares, a bradicardia sinusal e a hipercalcemia. Intoxicações por plantas que contem glicosídeos cardiogênicos (<i>Digitalis Purpúrea, Nerium Oleander, Thevetia peruviana</i>).	Reação antígeno-anticorpo	Diluir cada ampola em 4 mL de água destilada. Dose variável conforme a quantidade ingerida. 1 ampola neutraliza 0,5 mg de digoxina ou digitoxina. Dose média: 4 - 6 ampolas para casos crônicos e 10 a 20 ampolas para casos agudos. Infusão lenta em 30 minutos preferencialmente através de filtro de 0,22 micron.	Não disponível no Brasil. Não utilizar o produto quando houver alergia conhecida a proteína de ovelhas ou a papaína. Deve estar disponível para uso em 1 h.
Ácido Fólico	Ácido Fólico	Manipular Frasco-ampola multidose de 10 mL, na concentração de 5 mg/mL, contendo 1,5% de álcool benzílico para uso IV.	Intoxicação por Metanol.	Catalisa a oxidação do ácido fórmico em produtos menos tóxicos (dióxido de carbono e água).	Administrar 1 mg/Kg até 50 mg diluídos em 100 mL de SG 5% IV a cada 4 h pelo período que perdurar a intoxicação.	É utilizado em associação ao tratamento. Deve estar disponível para uso imediato.
Ácido Fólico / Leucovorin cálcico injetável®	Ácido Fólico	Cartucho com 1 frasco-ampola com 50 mg para uso IV	Em intoxicações por metanol (pode ser utilizado em substituição ao ácido fólico).	Aumenta a transformação do ácido fórmico em dióxido de carbono e água. Forma metabolicamente funcional do ácido fólico, não requer redução pela diidrofolato-redutase e por conseguinte pode participar diretamente nas reações de transferência de carbono necessárias para a biossíntese de purinas e na produção de DNA e RNA celular.	Administrar 1 mg/Kg até 50 mg diluídos em 100 mL de SG 5% IV a cada 4h pelo período que perdurar a intoxicação. Sua eficácia depende da administração precoce (até uma hora da intoxicação se possível); não aguardar os níveis séricos de metotrexato. As doses são muito variáveis, mas no caso de não se dispor do nível sérico do metotrexato, fazer de 10 a 25 mg/m ² a cada 6 h por 3 dias.	Deve estar disponível para uso em 1 h.
Atropina	Sulfato de atropina	Solução injetável em ampolas de 1 mL contendo 0,25 mg/mL ou 0,5 mg/mL.	Intoxicação por inibidores da acetilcolinesterase: agrotóxicos, carbamatos, organofosforados, gás Sarin, etc.	Antagonista da acetilcolina apenas nos receptores muscarínicos do órgão efetor e em algumas sinapses colinérgicas centrais.	Dose IV inicial: adultos 1 - 4 mg; crianças: 0,01-0,05 mg/Kg de peso. Repetir em 5, 10, 15 ou 30 min. até obter atropinização adequada (Boa Sat.O2, FC em torno de 120 bpm e redução da hipersecreção pulmonar). Dose de manutenção: A dose e intervalo de administração devem ser modificados de acordo com a resposta clínica, variando com o tipo de InChE, grau de inibição da AChE e uso concomitante de oximas.	Deve estar disponível para uso imediato.



B - C

ANTÍDOTOS E MEDICAMENTOS AUXILIARES NO TRATAMENTO DAS INTOXICAÇÕES

NOME GENÉRICO / COMERCIAL	DCB	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	MECANISMO DE AÇÃO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÕES
Bicarbonato de Sódio	Bicarbonato de Sódio	Bicarbonato de sódio a 5%: 50 mg/mL - caixa com 35 frascos plásticos de 250 mL. Bicarbonato de sódio a 8,4%: 84 mg/mL - caixa com 100 ampolas de vidro incolor de 10 mL, caixa com 35 frascos plásticos de 250 mL, caixa com 100 ampolas plásticas de 10 mL. Bicarbonato de sódio a 10%: 100 mg/mL - caixa com 100 ampolas de vidro incolor de 10 mL, caixa com 35 frascos plásticos de 250 mL, caixa com 100 ampolas plásticas de 10 mL.	Alcalinização sanguínea em intoxicações por antidepressivos tricíclicos e antiarrítmicos classe Ia (disopirâmida, hidroquinidina, pirmenol, procainamida, quinidina) e Ic (propafenona).	Correção de acidose	Adultos: Inicial: 1 - 2 mEq/Kg IV em 1 h. Manutenção: 1 - 1,5 mEq/Kg diluídos em 1000 mL de SG 5%, infundir 2 - 3 mL/Kg/h para manter débito urinário 2 mL/Kg/h. Crianças até 2 anos de idade: Recomenda-se solução a 4,2% e a taxa de administração IV não deve exceder 8 mEq/Kg/dia.	Deve estar disponível para uso imediato.
Biperideno/Akineton®	Cloridrato de biperideno	Ampolas de 1 mL com 5 mg/mL.	Utilizado no tratamento dos sintomas extrapiramidais ocasionados por Intoxicações com neurolépticos (fenotiazinas, haloperidol) e também com metoclopramida e bromoprida	Agente anticolinérgico	Adultos: 3 - 5 mg (6/6h S/N). Crianças: 0,06 - 0,1 mg/Kg/dose 6/6 h.	Reações adversas: Pode ocorrer: boca seca, rubor, taquicardia, agitação, hipertermia. Fármaco de abuso (controlado). Deve estar disponível para uso em 1 h.
Bromocriptina/Parlodel®	Mesilato de bromocriptina	Comprimidos de 2,5 mg em embalagem contendo 28 comprimidos.	Síndrome neuroléptica maligna causada por neurolépticos tais como haloperidol e outros antipsicóticos	É um agonista central da dopamina.	Administrar 2,5-10 mg VO ou por SNG 3 - 4 vezes ao dia.	Em casos severos deve ser considerada a terapia associada com Dantrolene. Deve estar disponível para uso em 4 h.
Carvão ativado	Carvão vegetal ativado	Manipular em pó fino, conforme normas internacionais	Descontaminação gastrointestinal: 1 g corresponde a mais de 1 m ² de superfície absorvente.	Adsorção da substância tóxica. Não adsorve álcoois e metais	Dose única VO ou por SNG: Crianças: 1 g/Kg (crianças) até 50 g. Adultos: 50 g. Preparar em água ou SF 0,9% (50 g/250 mL). Doses múltiplas por SNG: Podem ser utilizadas em algumas intoxicações como por antidepressivos tricíclicos e por fenobarbital e quando são utilizadas substâncias de liberação prolongada. Nestes casos adicionar um laxante na terceira dose.	Não adsorve álcoois e metais. Contraindicado na presença de lesões corrosivas esofagogástricas Deve estar disponível para uso em 1 h.
Ciproptadina	Cloridrato de ciproptadina	Disponível em associação (1 mg de cobamamida e 4 mg de ciproptadina). Formulações comerciais: Cobavital®, cobactin®, etc.	Síndrome serotoninérgica: pode ser benéfica para aliviar sintomas leves a moderados.	Parece antagonizar a estimulação excessiva dos receptores 5-HT _{1A} e 5-HT ₂ , resultando em melhoria dos sintomas clínicos.	Adultos: Dose inicial 4 - 12 mg oral, seguido por 4 mg a cada 1 - 4 h, de acordo com a necessidade até o desaparecimento dos sintomas. Máximo de 32 mg/dia. Crianças: 0,25 mg/Kg/dose divididos a cada 6 h. Máximo de 12 mg por dia.	Geralmente contraindicado na presença de lesões corrosivas esofagogástricas. Deve estar disponível para uso imediato.



Diazepam	Diazepam	Ampolas com 10 mg/2 mL	Em todos os casos em que haja necessidade de sedação como por exemplo: intoxicação por cocaína e ou por anfetaminas, síndrome neuroléptica maligna, convulsões, etc.	Incremento da neurotransmissão do GABA em todo o SNC	Doses são muito variáveis dependendo da patologia. Em caso de intoxicação por cocaína em adultos, pode-se utilizar até um máximo de 100 mg IV (parceladamente). Em crianças utilizar 0,3 a 0,5 mg/Kg IV ou Retal, podendo repetir se necessário.	Deve estar disponível para uso imediato.
Dimercaprol / BAL@British Anti-lewesite	Dimercaprol	Ampolas com 100 mg / mL	Intoxicações agudas e crônicas por mercúrio inorgânico, arsênico, ouro e, em associação com o EDTA cálcico dissódico, nas intoxicações por chumbo cursando com encefalopatia.	Possui dois grupos sulfidril (-SH), competindo com os grupos sulfidril das enzimas e proteínas teciduais	Chumbo: 4 mg / Kg IM de 4 / 4 h, por 3 a 5 dias. Outros metais: 3 a 5 mg / Kg de 4 / 4 h ou 6 / 6 h por 2 dias; após, de 12 em 12 h por 10 dias.	Disponibilidade não emergencial.
DMSA - Succimer (Ácido 2,3-dimercaptosuccínico) / Chemet®	Succimer	Cápsulas de 100 mg	Intoxicações por metais: arsênico, chumbo e mercúrio.	Possui dois grupos sulfidril (-SH) que se ligam aos metais, competindo com os grupos sulfidril das enzimas e proteínas teciduais.	10 mg/Kg VO de 8/8 h por 5 dias, seguido de 10 mg/Kg VO de 12/12 h por 14 dias. É recomendado aguardar 2 semanas antes de repetir o esquema terapêutico. Nos casos de plumbemia elevada após o fim da quelação, este período pode ser reduzido.	Não disponível no Brasil. Substitui o BAL. Efeitos colaterais raros. Não depleta cobre, ferro ou zinco. Disponibilidade não emergencial.

D - E

ANTÍDOTOS E MEDICAMENTOS AUXILIARES NO TRATAMENTO DAS INTOXICAÇÕES

NOME GENÉRICO / COMERCIAL	DCB	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	MECANISMO DE AÇÃO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÕES
Edetato de Cálcio Dissódico		Manipular ampolas de 5 mL/500 mg para uso IV.	Intoxicações por chumbo, cádmio, cobre, arsênico e zinco	O cálcio do EDTA é deslocado e substituído pelo chumbo, formando um composto muito estável eliminado pelos rins, 50% em 1 h e 95% em 24 h.	Diluir 50 -75 mg/Kg em SG 5% (não exceder concentração de 3%). Aplicar 250 a 500 mL IV em 1 h de 12/12 h por 5 dias, repetir em 5 dias.	Não disponível no Brasil. Teratogênico, nefrotóxico e pode depletar zinco. Pode ocorrer febre, mialgia, cefaléia, anorexia, glicosúria, congestão nasal, lacrimejamento, hipotensão, inversão de onda T no ECG, aumento do TP. Na encefalopatia por chumbo associar ao BAL. Disponibilidade não emergencial.



<p>Emulsão lipídica intravenosa/ Lipofundin® MCT/LCT 20%.</p>	<p>Emulsão lipídica</p>	<p>Frasco de vidro com 100 e 500 mL. Cada 100 mL da solução contém: óleo de soja (triglicerídeos de cadeia de longa) 10,0 g, triglicerídeos de cadeia média 10,0 g, Excipientes(*) q.s.p. 100 mL, (*) Excipientes: lecitina de ovo, glicerol, oleato de sódio, α-tocoferol e água para injetáveis. Conteúdo de ácidos graxos essenciais: ácido linoleico 48,0 – 58,0 g/L, ácido α-linolênico 5,0 – 11,0 g/L</p>	<p>Casos graves de intoxicação por antidepressivos tricíclicos, betabloqueadores lipofílicos e bloqueadores de canais de cálcio.</p>	<p>1) Aprisionamento lipídico (<i>Lipid Sink or Sponge Mechanism</i>): a emulsão lipídica injetada aprisiona o toxificante, afastando-o do tecido alvo; 2) Modulação do metabolismo intracelular e 3) Ativação dos canais de Ca⁺⁺ e Na⁺.</p>	<p>Emulsão lipídica a 20% - Administração de 1 a 1,5 mL/kg IV em 1 minuto, podendo ser repetida em casos de parada cardíaca a cada três a cinco minutos até um total de três doses. Após, infundir 0,25 a 0,5 mL/kg/minuto por 30 a 60 minutos, até a recuperação hemodinâmica ocorrer. Idealmente, a infusão deve ser interrompida antes de atingir um máximo de 8 mL/kg.</p>	<p>Deve estar disponível para uso imediato.</p>
<p>Etanol</p>	<p>Álcool etílico</p>	<p>Manipular solução injetável de álcool absoluto a 0,8 g/mL em ampolas de 10 mL.</p>	<p>Intoxicações por metanol e etilenoglicol</p>	<p>Compete com o metanol e o etilenoglicol pela desidrogenase alcoólica, impedindo a metabolização do agente tóxico.</p>	<p>Dose inicial: 0,8 g/Kg diluído a 10% IV em 01 h. desnecessário se nível sérico de etanol > 100 mg/dL. Dose de manutenção: 130 mg/Kg/h diluído à 10%, mantendo etanol sanguíneo entre 100 e 150 mg/dL. Corrigir a dose para: Alcoólatras sem lesão hepática: 150 mg/kg/h. Em tratamento com hemodiálise: 250 a 350 mg/kg/h. Na ausência da solução injetável, pode ser utilizada solução de etanol (Whisky/Aguardente) diluída a 20% V / V em água ou suco de fruta, por VO. - 2 mL/Kg.</p>	<p>Efeitos colaterais: náusea, dor epigástrica, vômitos, agitação psicomotora (embriaguez). Deve estar disponível para uso em 02 h.</p>



F - L

ANTÍDOTOS E MEDICAMENTOS AUXILIARES NO TRATAMENTO DAS INTOXICAÇÕES

NOME GENÉRICO / COMERCIAL	DCB	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	MECANISMO DE AÇÃO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÕES
Fitomenadiona - Vitamina K1/Kanakion® MM - Kanakion® MM pediátrico	Fitomenadiona	Kanakion® MM Ampola de 1 mL com 10 mg para uso IV. Kanakion® MM pediátrico ampola de 0,2 mL com 1 mg/1 mL, para uso IV, IM ou oral.	Intoxicação por raticidas cumarínicos, derivados da indandiona e anticoagulantes orais.	Precursor da síntese dos fatores de coagulação II, VII, IX e X.	Adulto: 10 a 20 mg cada 8 – 12 h (máx. 50 mg). Criança: 0,3 mg/Kg cada 8 – 12 h.	Não usar via IM em hemorragia, preferir IV e administrar plasma ou sangue frescos. Doses de 50 a 200 mg/dia podem ser necessárias. Deve estar disponível para uso em 4 h.
Fisostigmina	Fisostigmina	Ampolas de 2 mL com 1 mg/mL.	Antídoto específico para intoxicações graves por anticolinérgicos, com ação central e periférica, indicado para os sintomas de SNC.	É um carbamato. Causa inibição reversível da acetilcolinesterase, levando à um aumento da acetilcolina, que antagoniza os efeitos dos agentes anticolinérgicos.	Uso IV em 2 - 5 minutos: Adultos: 1 a 2 mg Crianças: 0.5 mg Esta dose pode ser repetida após 40 minutos se necessário.	Não disponível no Brasil. Deve estar disponível para uso em 4 h.
Flumazenil/Lanexat®	Flumazenil	Ampola de 5 mL com 0,5 mg (0,1 mg/mL).	Intoxicações graves por benzodiazepínicos. Seu uso em coma de causa desconhecida ou em que se suspeite do uso de múltiplos toxicantes, necessita cautela pelo risco de convulsões, arritmias e síndrome de abstinência.	Antagoniza a ação dos benzodiazepínicos (BZD), imidazopiridinas (Zolpidem®) e outros toxicantes que atuam nos receptores de BZD do SNC, por meio da inibição competitiva do complexo receptor GABA-BZD. Reverte o efeito sedativo e melhora parcialmente a depressão respiratória induzida pelos BZD. Não altera a farmacocinética dos BZDs.	Adultos: Dose inicial: 0,3 mg IV em 30 segundos, repetindo após 30 segundos se necessário. Caso não ocorra reversão da sedação repetir a mesma dose com intervalos de 1 minuto, até um máximo de 3 mg. Pacientes com resposta parcial à estas doses, podem requerer infusão contínua de 0,2 a 1 mg/h (diluir em SG 5% ou SF 0,9%). Crianças acima de 1 ano: Dose inicial: 0,01 - 0,02 mg/Kg IV em 15 segundos, se não ocorrer reversão da sedação após os 45 segundos seguintes, repetir a mesma dose em intervalos de 1 minuto até por 4 vezes, totalizando 0,05 mg/kg or 1 mg.	Se infundido rápido, pode ocorrer vômito, sudoreses, tremor, alteração da PA e FC. Início de ação em 1 - 2 minutos, efeito máximo em 5 a 10 min. e duração de ação de 15 a 140 min. Deve estar disponível para uso imediato.



Gliconato de cálcio	Gliconato de cálcio	Ampola a 10% de gliconato de cálcio.	Intoxicação por bloqueadores de canais de cálcio.	Aumenta a concentração do Ca^{2+} extracelular aumentando assim o gradiente de concentração transmembrana celular, permitindo um maior influxo de cálcio para o meio intra-celular.	Intoxicação por bloqueador de canal de cálcio: Casos graves, necessitam de 20 mL de gluconato de cálcio a 10%, diluído em SF 0,9% 100 mL IV em 5 minutos, podendo repetir 2x e se boa resposta, deixar em infusão contínua (até 10 mL/h).	Deve estar disponível para uso imediato.
		Gel a 2,5% de gliconato de cálcio (manipulado).	Intoxicação por ácido fluorídrico.	A aplicação tópica permite que os sais de cálcio reajam com os íons fluoretos formando fluoreto de cálcio, que é insolúvel, prevenindo maior penetração da queimadura na pele.	Intoxicação por ácido fluorídrico: Adultos: 10 mL de solução a 10% em 50 mL de SF 0,9% IV em 4 h. Crianças: 0,3 a 0,4 mL/Kg de solução a 10% diluída em SF 0,9% IV em 4 h. Também pode ser utilizada a forma em gel nas queimaduras por ácido fluorídrico.	
Glucagon	Glucagon	Frasco-ampola com 1 mg (correspondente a 1 UI) + ampola com 1 mL de diluente.	Intoxicações por beta-bloqueadores	Aumento do AMPc no coração, com efeito cronotrópico e inotrópico positivo.	Dose inicial: 50 - 150 µg/Kg IV lentamente. Dose de manutenção: 10 a 50 µg/Kg/h.	Pode ocorrer: Náusea, vômito, hiperglicemia, hipotensão, hipocalcemia. Deve estar disponível para uso imediato.
Hidroxocobalamina / Cyanokit®	Hidroxocobalamina	Frasco com 5 g de hidroxocobalamina. Cada mL de solução reconstituída com 200 mL de SF 0,9% contém 25 mg de hidroxocobalamina.	Intoxicação por cianeto com manifestações moderadas a graves.	Substitui seu grupamento hidroxila pelo cianeto livre no plasma formando a cianocobalamina, que é excretada na urina. Quando administrada a pacientes intoxicados por cianeto, melhora rapidamente a frequência cardíaca e a pressão sanguínea sistólica e reduz a acidemia, sendo o prognóstico melhor quando a hidroxocobalamina é administrada precocemente, antes de ocorrer parada cardiopulmonar. Apresenta como principal vantagem a não interferência na oxigenação tecidual.	Uso hospitalar: Adultos: Infundir 5 g IV durante 15 minutos. Em casos graves, como os de parada cardíaca ou persistência da instabilidade cardíaca, uma segunda dose de 5 g poderá ser infundida durante 15 minutos a 2 h. Não exceder um total de 10 g, incluindo a dose pré-hospitalar. Crianças: Infundir 70 mg/kg IV durante 15 minutos. Em casos graves, como os de parada cardíaca ou persistência da instabilidade cardíaca, uma segunda dose de 70 mg/kg poderá ser infundida durante 15 minutos a 2 h, não excedendo um total de 10 g, incluindo a dose pré-hospitalar.	Leves efeitos adversos: descoloração da pele, dermatite, urticária, alergia. Deve estar disponível para uso imediato.



L-carnitina	Levocarnitina	Solução injetável IV, manipulada em ampolas de 2 mL contendo 300 mg/mL.	Indicada em situações de coma, hepatotoxicidade, hiperamonemia ou níveis séricos de ácido valproico acima de 450 mg/mL.	Vários estudos demonstram queda dos níveis séricos de Carnitina livre e Carnitina total nos pacientes em uso de ácido valproico, enquanto outros indicam que a suplementação desta substância atenua a hiperamonemia e a hepatotoxicidade.	Dose inicial: 100 mg/Kg IV em 30 minutos (máx.: 6 g). Dose de manutenção: 15 mg/Kg IV a cada 4 h até melhora clínica.	Deve estar disponível para uso em 4 h.
--------------------	---------------	---	---	--	--	---

P - T

ANTÍDOTOS E MEDICAMENTOS AUXILIARES NO TRATAMENTO DAS INTOXICAÇÕES

NOME GENÉRICO / COMERCIAL	DCB	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	MECANISMO DE AÇÃO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÕES
Penicilamina / Cuprimine®	Penicilamina	Frascos com 50 cápsulas de 250 mg.	Mais utilizado nas intoxicações agudas por cobre, mas também nas por mercúrio, chumbo e na Doença de Wilson.	Não conhecido; Opção de quelação quando o tratamento com BAL ou EDTA acarretar reações adversas muito graves.	Adultos: 250 mg 6/6 h VO por 3 a 10 dias. Crianças: 20 a 40 mg/Kg/dia VO (máximo de 1 g/dia) por 3 a 10 dias.	Deve estar disponível para uso em 04 h.
Piridoxina (Vitamina B6)	Cloridrato de piridoxina	Manipular ampolas de 100 mg/1 mL para uso IM ou IV.	Intoxicação por isoniazida (INH)	Previne a depleção do GABA.	Utilizar 1 g de piridoxina para cada 1 g de INH até o máximo de 5g, infundir IV em solução a 10% em 5 a 10 minutos, repetir após 15 a 30 minutos se necessário.	Deve estar disponível para uso imediato.
		Manipular ampolas de 100 mg/1 mL para uso IM ou IV.	Intoxicação por etilenoglicol	Aumenta o metabolismo do ácido glicólico em glicina, metabólito menos tóxico.	Aplicar 100 mg de piridoxina diluída à 10% em SF 0,9% IV de 6/6 h.	
Polietilenoglicol		Manipular: Polietilenoglicol 3350 - 236 g, Sulfato de Sódio - 22,74 g, Bicarbonato de Sódio - 6,74 g, Cloreto de Sódio - 5,86 g, Cloreto de Potássio - 2,97 g em pó para diluir em 4 L de água.	Irrigação intestinal: Na ingestão de cocaína e/ou heroína "mulas". Em intoxicações por preparações de liberação prolongada de lítio. Em intoxicações por ferro, quando há evidência da presença de comprimidos na luz intestinal.	Limpeza mecânica.	Lavado intestinal contínuo por sonda naso-enteral: 9 meses - 6 anos: 500 mL/h. 6 - 12 anos: 1.000 mL/h. Adolescentes e adultos: 1.500 - 2.000 mL/h.	Deve estar disponível para uso imediato.
Protamina / Protamina 1000®	Cloridrato de protamina	Solução injetável: 10 mg/mL. Embalagem contendo 25 ampolas de 5 mL.	Inativação da heparina.	Combina-se com a heparina para formar um complexo estável, desprovido de atividade anticoagulante.	Aplicar IV lentamente conforme necessidade: Cada 1 mL inativa 1000 u de heparina.	Deve estar disponível para uso imediato.



Sulfato de magnésio	Sulfato de magnésio	Manipular envelopes com 10 ou 20g.	Como catártico quando do uso de carvão ativado em múltiplas doses.	Catártico salino.	Administrar VO ou via SNG: Crianças: 250 mg/Kg /dose. Adultos: 15 - 30 g/dose	Deve estar disponível para uso em 04 h.
Tiamina (Vitamina B1)	Tiamina	Ampolas de 100 mg/1 mL.	Intoxicação por Etanol.	Previne a encefalopatia de Wernicke.	Aplicar 100 mg diluídos em 100 mL de SG 5% IV.	Deve estar disponível para uso imediato.
			Intoxicação por Etilenoglicol.	Aumenta o metabolismo do ácido glicólico em alfa-hidroxi-beta-c etoadipato, metabólito menos tóxico.	Aplicar 100 mg diluídos em 100 mL de SG 5% IV de 6/6 h.	
Tiosulfato de sódio	Tiosulfato de sódio	Manipular solução de tiosulfato de sódio a 25% em ampolas de 10 mL.	Intoxicações por cianeto.	Aumento da oferta de grupos sulfidríla (-SH) que promove a conversão do cianeto em tiocianato, produto menos tóxico que é eliminado via renal.	Adultos: 12,5 gr (50 mL/IV) lentamente; repetir metade da dose em 30-60 minutos. Crianças: 400 mg/Kg a 25% (1,6 mL/Kg) IV lentamente (2,5 a 5,0 mL/min) até um máximo de 50 mL.	Deve estar disponível para uso imediato.

d) Uso de Psicofármacos:

O uso de psicofármacos no manejo do paciente pode reduzir o risco de suicídio ao permitir um alívio rápido de sintomas, tais como redução da ansiedade e da angústia.

Benzodiazepínicos: o tratamento dos transtornos ansiosos e da agitação com o uso de benzodiazepínicos está relacionada com a queda do risco de suicídio. O uso deve ser feito com cautela em pacientes com personalidade borderline, pois pode haver diminuição dos mecanismos de controle inibitório do paciente.

Ex: Lorazepam 2mg 01 comprimido VO SOS;



Alprazolam 1mg 01 comprimido VO SOS;

Antipsicóticos atípicos: podem causar diminuição do risco de suicídio por terem efeito ansiolítico e por diminuírem a agitação em pacientes psicóticos.

Ex: Olanzapina 5mg 01 comprimido VO 1x ao dia;

Quetiapina 100mg 01 comprimido VO 1x ao dia;

Cetamina: A cetamina é um medicamento utilizado para analgesia e sedação. Além disso, a cetamina e a escetamina podem aliviar rápida e transitoriamente a depressão maior unipolar resistente ao tratamento, incluindo ideação suicida. Embora o uso de cetamina para tratar a depressão tenha aumentado, sugerimos que os médicos prescrevam cetamina ou escetamina com cautela para essa indicação, somente depois de esgotar outros tratamentos preconizados.

Ex: Cetamina 0,5mg/kg IV lento;

Após a diminuição aguda do risco de suicídio, com o paciente já em acompanhamento médico, é possível fazer uso de medicações com resultados a médio e longo prazo. O uso de antidepressivos pode ser indicado, uma vez que existe grande relação entre suicídio e depressão. Já o uso contínuo de lítio está associado a queda de 80-90% do risco de suicídio e a mais de 90% de queda nas taxas de suicídio em pacientes com transtornos de humor, sendo o único fármaco estatisticamente efetivo na prevenção do suicídio. A prescrição do lítio, porém, só deve ser feita com a garantia do acompanhamento médico devido aos cuidados necessários quanto ao seu nível sérico. Na esquizofrenia, a clozapina a longo prazo é mais eficiente que outros antipsicóticos.

Ex: Carbonato de Lítio 300mg 02 comprimidos VO 1x ao dia.

5. AUTOAGRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO

A autoagressão, é um distúrbio de comportamento que faz com que o paciente agrida o próprio corpo ao sentir profunda tristeza, raiva, nervosismo ou viver um trauma. Trata-se de um transtorno psiquiátrico que exige tratamento, terapia e medicação. Para condutas ao atendimento diante de autoagressão, deve-se seguir o POP 049 em **anexo 1**.



Conforme o DSM IV, o Transtorno Bipolar caracteriza-se por episódios de mania e depressão que podem se alternar. Ainda é desconhecido a causa exata da doença, porém as mudanças nos níveis cerebrais de neurotransmissores, hereditariedade e os fatores psicossociais podem estar associados ao transtorno. O diagnóstico é baseado na história do paciente. Os transtornos bipolares são classificados como.

- Ø Transtorno bipolar I: definido como a presença de pelo menos um episódio maníaco completo (isto é, comprometendo a função ocupacional e social normal) e, quase sempre, episódios depressivos;
- Ø Transtorno bipolar II: definido pela presença de episódios depressivos maiores com pelo menos um episódio hipomaníaco, mas sem episódios maníacos evidentes;
- Ø Transtorno bipolar inespecífico: transtornos com características bipolares claras, porém que não preenchem os critérios específicos para outros transtornos bipolares.

1. DIAGNÓSTICO

Fatores sugestivos de transtorno bipolar ou espectro bipolar:

- Idade de início precoce (<25 anos)
- História familiar de transtorno bipolar
- Episódios de curta duração (< 6 meses)
- Início abrupto, remissão súbita
- Início no pós-parto (histórico de depressão pós-parto)
- Personalidade hipertímica
- Maior cronicidade: múltiplos episódios anteriores (≥ 5 episódios)
- Labilidade de humor, irritabilidade, agitação psicomotora, pensamentos rápidos;
- Sazonalidade ou sensibilidade à luminosidade
- Períodos de redução do tempo total de sono com aumento de energia
- Qualquer comportamento recorrente, impulsivo, descontrolado, impetuoso
- Características da depressão no Transtorno Bipolar:



Qualquer combinação de sintomas maníacos e depressivos, pois a simples presença de um único sintoma da hipomania já indica a investigação da bipolaridade.
Ativação noturna, não conseguir "desligar"
Sintomas atípicos (hipersonia, hiperfagia, reatividade de humor, hipersensibilidade a rejeição pessoal, paralisia de chumbo)
Sintomas psicóticos: alucinações/ilusões auditivas e/ou visuais;
Ideação suicida/tentativas de suicídio

3.1 Avaliação de riscos

- Suicídio
- Autoagressividade
- Não aderência ao tratamento
 - Fuga
 - Fontes de stress psicológico (perdas recentes de emprego, separação conjugal etc.)

3.1.2 Comorbidades psiquiátricas a considerar

- Transtorno de pânico
- Fobias
- TOC
- TEPT
- Dependência de drogas

3.2 TRATAMENTO

O tratamento deve considerar características específicas de cada paciente.

Diagnóstico diferencial

- Ø Demências
- Ø Transtorno depressivo maior ou Transtorno depressivo persistente;
- Ø Transtorno de Humor induzido por medicamentos ou substâncias
- Ø Transtorno Ciclotímico



- Ø Transtornos Psicóticos (Transtorno Esquizo-Afetivo, Esquizofrenia e Transtornos Delirantes)
- Ø Transtornos de Personalidade (borderline, narcisista, antissocial)
- Ø Causas orgânicas de transtornos de humor, como na tabela abaixo:

Drogas de abuso (esp. álcool, cocaína, anfetaminas, outros estimulantes)
Medicamentos (anorexígenos, anti-hipertensivos, vareniclina, bloqueadores H2, quimioterápicos, corticoides, progesterona, outros)
Parkinson
AVC
Esclerose múltipla
Huntington
Tumores do SNC
Anemias
Deficiência de vitamina B12 (mesmo sem anemia)
Hipotireoidismo
Hipertireoidismo
Cushing
Addison
Hiperparatireoidismo
Síndrome paraneoplásica (pâncreas, pulmão)
Infecções (HIV, sífilis, mononucleose)
Doenças autoimunes (Lúpus Eritematoso Sistêmico)
Apneia obstrutiva e outros transtornos do sono

3.2.1 Tratamento médico farmacológico da Mania Aguda:

1ª. Linha: Lítio, Quetiapina, Divalproato, Risperidona, Quetiapina+Lítio/Divalproato; Risperidona+Lítio/Divalproato.
2ª. Linha: Olanzapina, Carbamazepina, Olanzapina+Lítio/Divalproato, Lítio/Divalproato, Haloperidol;



3.2.2 Tratamento médico farmacológico da depressão bipolar:

1ª. Linha: Quetiapina, Lítio, Lamotrigina, Lamotrigina (adjuvante);

2ª. Linha: Divalproato, ISRS/Bupropiona (adjuvante), Olanzapina+fluoxetina;

Ø Iniciar ou otimizar terapia medicamentosa e checar aderência

Pacientes sem tratamento prévio: iniciar com drogas de primeira linha

Pacientes já em uso de divalproato ou monoterapia com antipsicótico atípico:
adicionar IRSS, bupropiona, lamotrigina ou lítio ou trocar para lamotrigina
ou lítio

Pacientes em uso de lítio ou lamotrigina: antes de adicionar ou trocar
medicamentos, otimizar dose

Ø Se terapia de 1ª linha ineficaz: trocar ou adicionar terapia de 2º linha

Ø Nunca usar antidepressivos em monoterapia – caso necessário, antidepressivos de
escolha: ISRS

Antidepressivos associados a maior virada maníaca: ADT, venlafaxina

Reduzir a dose dos antidepressivos dentro de 6 a 8 semanas de remissão do
quadro e suspender, se possível, avaliando a gravidade do caso. Na maioria
dos casos mais graves, não vai ser possível essa redução

3.2.3 Tratamento médico de manutenção

1ª. Linha: Lítio, Quetiapina, Divalproato, Lamotrigina, Quetiapina+Lítio/Divalproato;

2ª. Linha: Olanzapina, risperidona, carbamazepina;
--

Manter tratamento da fase aguda, sempre que possível.

Objetivos do tratamento de manutenção:

- Prevenir recorrência de depressão ou mania

Maior risco para recorrência: uso de substâncias de abuso, sintomas psicóticos
incongruentes com o humor, história familiar de transtorno esquizoafetivo



Quanto maior o número de episódios: maior risco de recorrência, pior resposta ao tratamento, pior qualidade de vida, maior tempo de hospitalização, maior declínio cognitivo

- Melhorar sintomas subsindrômicos
- Qualidade de vida
- Reduzir declínio cognitivo e funcional
- Evitar recorrência

3.3 EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Hemograma
Glicose
Colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicérides
Eletrólitos, incluindo cálcio, fósforo e magnésio
U/C
Enzimas hepáticas
Bilirrubinas
TP e TTPA
T4L/TSH
Prolactina
Vitamina B-12
VHS, PCR, FAN
Sorologia para HIV
Sorologia para sífilis
Urina I
Toxicológico urinário
Beta-HCG (mulheres com possibilidade de gravidez)
Eletrocardiograma (>40 anos ou se indicado)
Teste de supressão pela cortisona (níveis séricos de cortisol ou ACTH)
TC/RM

3.3.1 AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO TRATAMENTO



CGI- Clinical Global Impression (em anexo).

2. SIGLAS

CBZ - Carbamazepina

CGI- Clinical Global Impression. Avaliação semanal nas enfermarias e nos retornos de ambulatório

DVP - Divalproato de Sódio

TB - Transtorno bipolar

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-traumático

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

Li - Lítio



ESCALAS

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI)¹

- Gravidade da Doença:** Considerando sua experiência clínica, o quão mentalmente doente está este paciente neste momento?
 - Normal, não está doente;
 - Muito levemente doente;
 - Levemente doente;
 - Moderadamente doente;
 - Acentuadamente doente;
 - Gravemente doente;
 - Dentre os mais extremamente doente.
- Melhora Global:** Avalie a melhora global, independente do seu julgamento quanto à melhora ter ou não decorrido exclusivamente do tratamento medicamentoso. Comparado com o estado inicial do paciente, o quanto ele melhorou?
 - Muitíssimo melhor;
 - Muito melhor;
 - Melhora mínima;
 - Nenhuma mudança;
 - Piora mínima;
 - Muito pior;
 - Muitíssimo pior.
- Índice de Eficácia:** Avalie este item com base apenas no *efeito da medicação*. Selecione os termos que melhor descrevem o efeito terapêutico e os efeitos colaterais, circulando o ponto de interseção entre ambos.

Efeito terapêutico	Efeitos colaterais			
	Nenhum	Não interferem significativamente no funcionamento	Interferem significativamente no funcionamento	Superam o efeito terapêutico
	1	2	3	4
4. <i>Acentuado</i> : enorme melhora. Remissão total ou quase total dos sintomas.	4,00	2,00	1,33	1,00
3. <i>Moderado</i> : melhora evidente. Remissão parcial dos sintomas.	3,00	1,50	1,00	0,75
2. <i>Mínimo</i> : leve melhora. Não altera o nível de cuidados com o paciente.	2,00	1,00	0,67	0,50
1. <i>Igual ou pior</i> :	1,00	0,50	0,33	0,25

¹ Guy W: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology – Revised. Rockville, MD, 1976, pp 218-222.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, O'Donovan C, MacQueen G, McIntyre RS, Sharma V, Ravindran A, Young LT, Milev R, Bond DJ, Frey BN, Goldstein BI, Lafer B, Birmaher B, Ha K, Nolen WA, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder Bipolar Disord. 2018 Mar; 20(2): 97–170.



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.



PROTOCOLO DE ABORDAGEM DE QUADROS/PACIENTES PSICÓTICOS

Características Essenciais que Definem os Transtornos Psicóticos

Delírios

Os delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (p. ex., persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza). Delírios persecutórios (i.e., crença de que o indivíduo irá ser prejudicado, assediado, e assim por diante, por outra pessoa, organização ou grupo) são mais comuns. Delírios de referência (i.e., crença de que alguns gestos, comentários, estímulos ambientais, e assim por diante, são direcionados à própria pessoa) também são comuns. Delírios de grandeza (i.e., quando uma pessoa crê que tem habilidades excepcionais, riqueza ou fama) e delírios erotomaníacos (i.e., quando o indivíduo crê falsamente que outra pessoa está apaixonada por ele) são também encontrados. Delírios niilistas envolvem a convicção de que ocorrerá uma grande catástrofe, e delírios somáticos concentram-se em preocupações referentes à saúde e à função dos órgãos.

Delírios são considerados bizarros se claramente implausíveis e incompreensíveis por outros indivíduos da mesma cultura, não se originando de experiências comuns da vida. Um exemplo de delírio bizarro é a crença de que uma força externa retirou os órgãos internos de uma pessoa, substituindo-os pelos de outra, sem deixar feridas ou cicatrizes. Um exemplo de delírio não bizarro é acreditar que a pessoa está sob vigilância da polícia, apesar da falta de evidências convincentes. Os delírios que expressam perda de controle da mente ou do corpo costumam ser considerados bizarros; eles incluem a crença de que os pensamentos da pessoa foram “removidos” por alguma força externa (retirada de pensamento), de que pensamentos estranhos foram colocados na mente (inserção de pensamento) ou de que o corpo ou as ações do indivíduo estão sendo manipulados por uma força externa (delírios de controle). Distinguir um delírio de uma ideia firmemente defendida é algumas vezes difícil e depende, em parte, do grau de convicção com que a crença é defendida apesar de evidências contraditórias claras ou razoáveis acerca de sua veracidade.

Alucinações

Alucinações são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vívidas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, embora as alucinações auditivas sejam as mais comuns na esquizofrenia e em transtornos relacionados. Alucinações auditivas costumam ser vividas como vozes, familiares ou não, percebidas como diferentes dos próprios pensamentos do indivíduo. As alucinações devem ocorrer no contexto de um sensorio sem alterações; as que ocorrem ao adormecer (hipnagógicas) ou ao acordar (hipnopômicas) são consideradas como pertencentes ao âmbito das experiências normais. Em alguns contextos culturais, alucinações podem ser elemento normal de experiências religiosas.

Desorganização do Pensamento (Discurso)

A desorganização do pensamento (transtorno do pensamento formal) costuma ser inferida a partir do discurso do indivíduo. Este pode mudar de um tópico a outro



(descarrilamento ou afrouxamento das associações). As respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma (tangencialidade). Raras vezes, o discurso pode estar tão gravemente desorganizado que é quase incompreensível, lembrando a afasia receptiva em sua desorganização linguística (incoerência ou “salada de palavras”). Uma vez que o discurso levemente desorganizado é comum e inespecífico, o sintoma deve ser suficientemente grave a ponto de prejudicar de forma substancial a comunicação efetiva. A gravidade do prejuízo pode ser de difícil avaliação quando a pessoa que faz o diagnóstico vem de um contexto linguístico diferente daquele de quem está sendo examinado. Pode ocorrer desorganização menos grave do pensamento ou do discurso durante os períodos prodrômicos ou residuais da esquizofrenia.

Comportamento Motor Grosseiramente Desorganizado ou Anormal (Incluindo Catatonia)

Comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal pode se manifestar de várias formas, desde o comportamento “tolo e pueril” até a agitação imprevisível. Os problemas podem ser observados em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, levando a dificuldades na realização das atividades cotidianas.

Comportamento catatônico é uma redução acentuada na reatividade ao ambiente. Varia da resistência a instruções (negativismo), passando por manutenção de postura rígida, inapropriada ou bizarra, até a falta total de respostas verbais e motoras (mutismo e estupor). Pode, ainda, incluir atividade motora sem propósito e excessiva sem causa óbvia (excitação catatônica). Outras características incluem movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, caretas, mutismo e eco da fala. Ainda que a catatonia seja historicamente associada à esquizofrenia, os sintomas catatônicos são inespecíficos, podendo ocorrer em outros transtornos mentais (p. ex., transtornos bipolar ou depressivo com catatonia) e em condições médicas (transtorno catatônico devido a outra condição médica).

Sintomas Negativos

Sintomas negativos respondem por uma porção substancial da morbidade associada à esquizofrenia, embora sejam menos proeminentes em outros transtornos psicóticos. Dois sintomas negativos são especialmente proeminentes na esquizofrenia: expressão emocional diminuída e avolia. Expressão emocional diminuída inclui reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contato visual, na entonação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso. A avolia é uma redução em atividades motivadas, autoiniciadas e com uma finalidade. A pessoa pode ficar sentada por períodos longos e mostrar pouco interesse em participar de atividades profissionais ou sociais. Outros sintomas negativos incluem alogia, anedonia e falta de sociabilidade. A alogia é manifestada por produção diminuída do discurso. A anedonia é a capacidade reduzida de ter prazer resultante de estímulos positivos, ou degradação na lembrança do prazer anteriormente vivido. A falta de sociabilidade refere-se à aparente ausência de interesse em interações sociais, podendo estar associada à avolia, embora possa ser uma manifestação de oportunidades limitadas de interações sociais.

A CID-10 acomoda na classificação dos quadros psicóticos agudos e transitórios um grupo heterogêneo de transtornos caracterizados por início agudo de sintomas psicóticos: delírios, alucinações e alterações perceptivas e grave alteração do



comportamento. Conceitua-se como início agudo o desenvolvimento progressivo de um quadro clínico claramente anormal, ao longo de 2 semanas ou menos. Para estes quadros não há evidência de causa orgânica.

A recuperação completa ocorre normalmente dentro de alguns meses, com frequência em algumas semanas ou mesmo dias. Caso o transtorno persista, será necessária mudança no diagnóstico. O transtorno pode ou não estar associado a fatores supostamente desencadeantes ou a situações de estresse agudo (dentro de 1 a 2 semanas do início do quadro).

CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

Grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos tais como ideias delirantes, alucinações, perturbações das percepções e por uma desorganização maciça do comportamento normal. O termo “agudo” é aqui utilizado para caracterizar o desenvolvimento crescente de um quadro clínico manifestamente patológico em duas semanas no máximo. Para estes transtornos não há evidência de uma etiologia orgânica. Acompanham-se frequentemente de uma perplexidade e de uma confusão, mas as perturbações de orientação no tempo e no espaço e quanto à pessoa não são suficientemente constantes ou graves para responder aos critérios de um delírium de origem orgânica (F05.-). Em geral estes transtornos se curam completamente em menos de poucos meses, frequentemente em algumas semanas ou mesmo dias. Quando o transtorno persiste o diagnóstico deve ser modificado. O transtorno pode estar associado a um “stress” agudo (os acontecimentos geralmente geradores de “stress” precedem de uma a duas semanas o aparecimento do transtorno).

F23.0 Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos

Transtorno psicótico agudo que comporta alucinações, ideias delirantes ou perturbações das percepções manifestas, mas muito variáveis, mudando de dia para dia ou mesmo de hora para hora. Existe frequentemente uma desordem emocional que se acompanha de sentimentos intensos e transitórios de felicidade ou de êxtase, ou de ansiedade e de irritabilidade. O polimorfismo e a instabilidade são a característica do quadro clínico. As características psicóticas não correspondem aos critérios diagnósticos da esquizofrenia (F20.-). Estes transtornos têm frequentemente um início repentino, desenvolvendo-se em geral rapidamente no espaço de poucos dias e desaparecendo também em geral rapidamente, sem recidivas. Quando os sintomas persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de transtorno delirante persistente (F22.-). Inclui o bouffée delirante e a psicose cicloide sem sintomas de tipo esquizofrênico.

F23.1 Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos

Transtorno psicótico agudo caracterizado pela presença do quadro clínico polimorfo e instável descrito em F23.0, mas comportando além disso, e apesar da instabilidade do quadro clínico, alguns sintomas tipicamente esquizofrênicos, presentes durante a maior parte do tempo. Quando os sintomas esquizofrênicos persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de esquizofrenia (F20.-). Inclui o bouffée delirante com sintomas de esquizofrenia e a psicose cicloide com sintomas de esquizofrenia.



F23.2 Transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico (schizophrenia-like)

Transtorno psicótico agudo caracterizado pela presença de sintomas psicóticos relativamente estáveis e justificam o diagnóstico de esquizofrenia (F20.-), mas que persistem por menos de um mês. As características polimorfas instáveis descritas em F23.0 estão ausentes. Quando os sintomas persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de esquizofrenia (F20.-). Inclui o ataque esquizofreniformes, a psicose esquizofreniformes breve, esquizofrenia aguda indiferenciada, a onirofrenia e a reação esquizofrênica. Exclui: o transtorno orgânico delirante [tipo esquizofrênico] (F06.2) e os transtornos esquizofreniformes SOE (F20.8).

F23.3 Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes

Transtorno psicótico agudo, caracterizado pela presença de ideias delirantes ou de alucinações relativamente estáveis, mas que não justificam um diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Quando as ideias delirantes persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo transtorno delirante persistente (F22.-). Inclui a psicose paranóica psicogênica e a reação paranóica.

F23.8 Outros transtornos psicóticos agudos e transitórios

Todos os outros transtornos psicóticos agudos especificados, para os quais não há evidência de uma etiologia orgânica, e que não justificam a classificação em F23.0-.3.

F23.9 Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado Inclui a psicose reativa breve SOE e a psicoses reativas.

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios diagnósticos são os da CID-10 para a o código F23. Um trabalho de diferenciação diagnóstica é fundamental, pois estas codificações são difíceis, uma vez que os quadros são muito parecidos com os de episódios e surtos psicóticos incluídos em outros grupos classificatórios.

Episódios psicóticos agudos podem ocorrer em diversas situações, por causas diferentes. Podem representar, por exemplo, um primeiro surto de esquizofrenia, um primeiro episódio maníaco ou depressivo grave, um estado transitório causado por substâncias psicoativas ou um estado de delirium.

Deve-se, pois, fazer um primeiro diagnóstico diferencial entre as psicoses ditas funcionais e as ditas orgânicas ou sintomáticas. Entre as primeiras incluem-se, além dos transtornos psicóticos agudos e transitórios, os surtos esquizofrênicos, reagudizações e recrudescimento de transtornos delirantes paranóides, e episódios de transtornos de humor (maníacos ou depressivos graves) com sintomas psicóticos. Nestes quadros, como regra, não ocorrem alterações da consciência.

As manifestações psicóticas orgânicas aparecem como manifestação sintomática de alguma lesão, doença ou intoxicação. Em geral decorrem de infecções, intoxicações por substâncias exógenas ou desordens metabólicas e têm como sintoma central a alteração da consciência. O diagnóstico diferencial, portanto, implica em distinguir dos quadros classificáveis como F2 e F3, distinguir das intoxicações e distinguir do delirium.



Muitas vezes o primeiro episódio de um processo psicótico ou de um transtorno recorrente, quando pouco intenso, é negligenciado nas primeiras horas ou mesmo nos primeiros dias. Dificilmente se apresentam nos serviços de saúde de forma voluntária.

São levados por familiares, amigos ou outras pessoas. Nas emergências, a postura do paciente, indiferente ao atendimento, ou recusando-o, contrasta com a de quem o conduz ao serviço de saúde.

Crises esquizofreniformes podem ser complicadas por condutas suicidas ou para-suicidas.

O risco de suicídio é maior nos primeiros anos de manifestações do transtorno.

Quadros psicóticos agudos bastante graves podem ser vistos em episódios maníacos nos quais haja abuso simultâneo de substâncias psicoativas. Nestes casos, a identificação do tipo de droga utilizada é importante.

Descartadas as possibilidades de o quadro ser um delírium, ser um novo surto de processo esquizofrênico, ou ser um episódio afetivo, pode-se pensar em transtorno psicótico agudo e transitório.

Nos transtornos psicóticos agudos e transitórios sintomas de perplexidade e confusão estão frequentemente presentes, embora as desorientações autopsíquica (em relação à pessoa) e alopsíquica (temporal e espacial) não sejam suficientemente persistentes ou graves para justificar o diagnóstico de delírium orgânico (F05.).

Os transtornos psicóticos agudos e transitórios têm como características básicas:

1. Início agudo, em menos de 2 semanas, com a transição de um estado sem sintomas psicóticos para um estado francamente psicótico;
2. Presença de síndromes características, incluindo-se: (a) estados polimórficos (sintomas variáveis que se modificam rapidamente) característicos de psicoses agudas descritas em diversos países e (b) sintomas característicos da esquizofrenia;
3. Presença ou ausência de estresse agudo durante as 2 semanas que antecedem o início dos sintomas psicóticos;
4. Recuperação completa após 1 a 3 meses de evolução.

O diagnóstico não prescinde da coleta de uma história pregressa e atual completa (incluindo os dados sobre drogas utilizadas), o exame do estado mental, o exame físico (se houver condições de segurança para tal).

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Quadros em que foram descartados processos esquizofrênicos, transtornos afetivos, delírium e efeitos exclusivos de substâncias psicoativas;
- b) Hipersensibilidade aos fármacos.

5. CASOS ESPECIAIS

Os riscos são maiores nos casos de crianças, idosos frágeis, gravidez, concomitante demência por corpos de Lewy e outras doenças simultâneas. Em tais casos é importante atentar para as complicações no uso de psicofármacos: perda de consciência, obstrução aérea, depressão respiratória, hipotensão, colapso cardiovascular, convulsões, efeitos extrapiramidais, síndrome neuroléptica maligna.

6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento



móvel de urgência (SAMU). Em casos muito graves poderá haver necessidade de internação em hospital geral ou em hospital especializado.

7. TRATAMENTO

Nos prontos-socorros a tranquilização rápida, quando há agitação ou grande ansiedade, fazendo uma sedação discreta, pode reduzir os riscos contra si e contra terceiros e permitir um exame mais demorado do paciente e uma coleta de dados mais profunda com acompanhantes. Haloperidol é a droga de escolha para a tranquilização rápida. O uso oral de medicações deve ter preferência sobre o parenteral. Em casos muito graves injeta-se de 2,5 a 5 mg de haloperidol por via intramuscular. Repetir após cada hora, se necessário, embora intervalos de 4 a 8 horas sejam satisfatórios. Tão logo seja possível, esta via deve ser substituída pela via oral.

Com haloperidol não fica descartado o uso simultâneo de biperideno, oral ou intramuscular, para evitar efeitos extrapiramidais. A clorpromazina também tem bons efeitos, nas doses de 25 a 100 mg, repetida dentro de 1 a 4 horas, até cederem os sintomas.

A levomepromazina, outro paradigma da década de 1950, continua sendo tendo indicação. É bastante sedativa e tem boa utilidade em pacientes insones, quando administrada à noite, para psicóticos que estão em um período excessivamente ativo durante horários em que os familiares dormem. Tem utilidade à noite, principalmente, nos casos de psicoses com insônia e com agitação noturna. Na manutenção ela só seria indicada para uso noturno, em pacientes com grave insônia por fatores psicóticos, pois não é interessante usá-la durante o dia, em tratamento regular.

Em caso de negativa ou dificuldade de ingestão oral, ou em prontos socorros, a medicação pode ser administrada por via intramuscular. Misturas de benzodiazepínicos com neurolépticos, principalmente na mesma seringa, são contraindicadas. Há cuidados básicos que devem ser observados rigorosamente, pois é comum a prescrição de clorpromazina e prometazina por via intramuscular. Eventualmente ocorre a mistura de ambas e sua aplicação num único local, como o deltoide. Quando da mistura temos a ocorrência de

mudanças de pH e da química dos fármacos. A mistura gera um volume total de 7 ml, extremamente inadequado para um músculo suportar. Pode ocorrer demora na absorção e

consequente demora na ação, além da dor provocada pela irritação que os fármacos causam no músculo. Há, inclusive, risco de se formar um abscesso. Deve-se, pois, usar sempre a região glútea, quando a injeção for volumosa, aplicando-a de forma lenta e profunda. Não se deve misturar os fármacos na mesma seringa. Deve-se aplicá-los separadamente, em regiões glúteas diferentes.

Na sequência, após o atendimento de urgência, o tratamento em CAPS ou em unidade básica pode manter haloperidol via oral. As doses variam de 5 a 15 mg/dia, devendo ser reduzidas até o nível mais baixo de efetividade, a partir da observação dos sintomas. Pode-se usar, alternativamente, a clorpromazina: 50 a 600 mg/dia, em 2 a 6 tomadas, ajustando a dose de forma gradual conforme a necessidade e tolerância. Os pacientes geriátricos e debilitados requerem uma dose menor. A dose máxima é de 1



grama diário. As doses de manutenção podem ser diminuídas gradativamente, até a retirada, após um mês, dependendo da sintomatologia.

Flufenazina e tioridazina, presentes nas Relações Municipais de Medicamentos (REMUME) de alguns municípios, seriam também escolhas eficazes e baratas. O cloridrato de flufenazina (apresentado em comprimidos de 5 mg) é neuroléptico incisivo, menos sedativo do que a clorpromazina e do que o haloperidol, com bons efeitos sobre psicoses de sintomas negativos e sobre delírios, desde que monitorado em relação aos efeitos colaterais. Tem reações extrapiramidais pronunciadas, devendo-se receitar biperideno concomitantemente, para prevenir tremores, discinesia, acatisias e distonias. Por muitos anos a flufenazina foi utilizada em saúde pública, mas é difícil encontrá-la no comércio, atualmente, por ser pouco lucrativa para os fabricantes. Seria uma boa opção para as relações estaduais e municipais de medicamentos. O enantato de flufenazina (vendido em ampolas de 25 mg, de uso semanal) e o decanoato de haloperidol (ampolas de 50 mg de uso mensal) são apresentações medicamentosas de liberação lenta, a serem utilizadas em pessoas que não aceitam tomar comprimidos e que, por isso, não aderem ao tratamento. A tioridazina é um fenotiazínico, utilizável em doses de 50 a 300 mg por dia. Muitos pacientes adaptaram-se bem a este fármaco e tiveram dificuldades, nos países em que ele foi retirado abruptamente do comércio, por ser barato e gerar pouco lucro aos fabricantes. No Brasil ainda se pode conseguir tioridazina. A risperidona não tem superioridade terapêutica em relação aos típicos, mas seus efeitos colaterais menos pronunciados fazem dela uma indicação possível, inclusive em psicoses de adolescentes. Como neuroléptico atípico, seria outra opção, já utilizada na esquizofrenia, que no futuro poderá vir a ser incluída numa lista mais ampla de indicações, na medida que sua relação custo-benefício mostra-se favorável. A remoção de estressores que porventura estejam influenciando sobre o quadro pode ter efeitos. Daí a importância de um segmento psicossocial, com um olhar à vulnerabilidade da pessoa.

REFERÊNCIA

- <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9203-psicoses-agudos-e-transitorias/file>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-V**. Artmed. 2014.



PROTOCOLO PARA DETERIORAÇÃO CLÍNICA

Instituir as diretrizes do SISTEMA DE ALERTA PRECOCE para os pacientes admitidos no CREDEQ, nos serviços de internação, acolhimento e ambulatorial. Os pacientes da internação e acolhimento, serão avaliados através da escala de risco (NEWS), que permite o reconhecimento precoce de sinais e sintomas que indiquem gravidade, levando a um melhor prognóstico e desfecho evolutivo dos pacientes. Os pacientes ambulatoriais serão avaliados através da classificação de prioridades, realizada a cada atendimento. Essas ferramentas utilizam múltiplos parâmetros objetivos, analisados em conjunto para cálculo de um score, capaz de prever maior gravidade de doença, urgência para intervenção clínica e uso de recursos.

Estudos prévios mostraram que muitos pacientes exibem sinais de maior risco horas antes da deterioração clínica aparente. Esses sinais precoces podem ser percebidos por medidas rotineiras realizadas tanto em departamentos de emergência como em enfermarias, por esse motivo, foram criadas diversas ferramentas de screening, integradas a sistemas de alerta precoce, que podem alertar a equipe médica para intervir precocemente, impedindo a deterioração do paciente.

Os pacientes internados/acolhidos no CREDEQ por motivo psiquiátrico podem apresentar, durante a internação, deterioração clínica decorrente de descompensação de comorbidades de base ou instalação de complicações aguda, como infecção ou síndrome coronariana aguda. A detecção precoce da deterioração clínica é fundamental para melhorar o prognóstico do paciente durante a internação.

Os pacientes atendidos periodicamente no ambulatório ou Caps, serão avaliados a cada atendimento, e classificados de acordo com a prioridade. Caso apresentem sinais de deterioração clínica durante o atendimento, serão estabilizados, e se necessário, serão contra referenciados para uma unidade especializada.

IMPORTÂNCIA

Estudos prévios mostraram que muitos pacientes exibem sinais de maior risco horas antes da deterioração clínica aparente. Esses sinais precoces podem ser percebidos por



medidas rotineiras realizadas tanto em departamentos de emergência como em enfermarias, por esse motivo, foram criadas diversas ferramentas de screening, integradas a sistemas de alerta precoce, que podem alertar a equipe médica para intervir precocemente, impedindo a deterioração do paciente.

Essas ferramentas utilizam múltiplos parâmetros objetivos, analisados em conjunto para cálculo de um score, capaz de prever maior gravidade de doença, urgência para intervenção clínica e uso de recursos.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA INTERNAÇÃO OU ACOLHIMENTO DO PACIENTE

No CREDEQ, os dados necessários para preenchimento dessas escalas são rotineiramente coletados pela enfermagem na chegada do paciente para admissão hospitalar e durante a internação, nos momentos de aferição dos sinais vitais.

O National Early Warning Score (NEWS) é a escala de alerta precoce mais usada atualmente, e engloba 7 variáveis fisiológicas:

- Frequência respiratória
- Saturação de oxigênio
- Uso de oxigênio suplementar
- Temperatura corporal
- Pressão arterial sistólica
- Frequência cardíaca
- Nível de consciência

Sua pontuação varia de 0 a 20, sendo que pontuações mais altas indicam maior alteração de sinais vitais.

PROCEDIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO E NO DECORRER DA INTERNAÇÃO OU ACOLHIMENTO

A equipe de enfermagem irá coletar os dados necessários para preenchimento da escala NEWS (National Early Warning Score) rotineiramente, na admissão do paciente, e durante a internação ou acolhimento, nos momentos de aferição dos sinais vitais.

NEWS é a escala de alerta precoce mais usada atualmente, e engloba 7 variáveis fisiológicas:



- Frequência respiratória
- Saturação de oxigênio
- Uso de oxigênio suplementar
- Temperatura corporal
- Pressão arterial sistólica
- Frequência cardíaca
- Nível de consciência

O Técnico de Enfermagem deverá aferir os sinais vitais de (8/8h) nos pacientes dos leitos de observação do CAPS, e (12/12h) dos pacientes da Internação e das Unidades de Acolhimentos. Serão preenchidos os sinais vitais coletados no sistema de prontuário, na aba de aferições de sinais vitais, e na aba de avaliações - escala de NEWS, após a classificação o técnico de enfermagem procederá da seguinte maneira:

Se pontuação acima de 5, comunicar enfermeira responsável pela unidade;

Enfermeira deverá acionar atendimento do Médico Plantonista via rádio.

OBSERVAÇÕES:

- Caso o paciente apresente alteração de sinais vitais ou parâmetros clínicos compatíveis com acionamento do Código Amarelo, a Enfermeira responsável deverá acionar diretamente o Código Amarelo, conforme protocolo institucional;
- Sua pontuação varia de 0 a 20, sendo que pontuações mais altas indicam maior alteração de sinais vitais.

2.1 PROCEDIMENTOS DA EQUIPE MÉDICA NA INTERNAÇÃO OU ACOLHIMENTO

Após acionamento via rádio, deverá se dirigir ao local de atendimento para avaliação clínica do paciente;

Paciente com sinais de deterioração clínica aguda (descompensação de doenças clínicas de base, infecção, sepse, síndrome coronariana aguda,



insuficiência respiratória etc.), iniciar atendimento inicial de suporte clínico e avaliar necessidade de encaminhar paciente à reanimação;

Paciente sem sinais de deterioração clínica aguda (hipertensão crônica sem crise hipertensiva, diabetes descompensado, taquicardia secundária a medicação etc.), realizar manejo inicial conforme necessário e programar reavaliação em tempo hábil.

PROCEDIMENTOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL/ADMINISTRATIVA NA INTERNAÇÃO OU ACOLHIMENTO

Os pacientes que apresentarem descompensação clínica durante o atendimento, serão conduzidos conforme o POP 259 Atendimentos de Urgências e Emergências na Internação.

REAVALIAÇÕES NA INTERNAÇÃO OU ACOLHIMENTO

Todo paciente que apresentar score NEWS positivo deverá ser sistematicamente reavaliado nas

horas subsequentes da seguinte maneira:

Reavaliação dos sinais vitais após 1h, 3h e 6h do acionamento (Ex.: se o acionamento ocorreu às 14h30, reavaliar sinais vitais às 15h30, 17h30 e 20h30).

Reavaliação clínica pelo médico plantonista dentro do seu horário de plantão (pelo menos duas avaliações, com exame físico completo e devido registro da conduta), com periodicidade maior conforme julgar adequado, diante da avaliação clínica realizada no ato do atendimento.

2.4 AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO NA INTERNAÇÃO OU ACOLHIMENTO

ESCOR E	RISCO CLÍNICO	CONTROLE (FREQUÊNCIA)	AÇÃO
0	Baixo	ROTINA UNIDADE	ROTINA
1 e 2		3x ao dia ou 2 x ao dia	Acompanhamento escore



3 e 4		8/8 horas ou 12/12 horas	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação pela enfermagem com intervalo menor Anotação em passagem de plantão Avisar médico plantonista a critério enfermagem
5 ou 6 Escore 3 em parâmetro isolado	Moderado – alto	Avaliação sinais vitais com intervalo reduzido Reavaliar 1h, 3h e 6h Reavaliação médica diária	Código Amarelo Avaliar plano de cuidado
7 ou +	Alto	Monitoração contínua pela equipe de enfermagem e médico	Encaminhamento à UPA

3. DETERIORAÇÃO CLÍNICA NO AMBULATÓRIO OU CAPS DIA

O paciente ambulatorial é agendado para atendimentos eletivos, durante o atendimento, caso ele apresente agravamento no quadro clínico, será estabilizado conforme o POP 260 Atendimentos na Sala de Estabilização do Ambulatório, e se necessário, será contra referenciado para uma unidade especializada.

3.1 AVALIAÇÃO DA PRIORIDADE DOS PACIENTES AMBULATORIAIS

O estabelecimento de protocolos para a identificação de pacientes com alto risco de complicações clínicas e psiquiátricas é prioridade em estabelecimentos de saúde que prezam pela segurança do paciente. Por esse motivo, o CREDEQ implementou um sistema de classificação dos pacientes ambulatoriais, visando classificar a gravidade dos pacientes atendidos na unidade.

3.2 PROCEDIMENTOS REALIZADOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DA PRIORIDADE DOS PACIENTES AMBULATORIAIS

O (a) recepcionista deverá entregar ao paciente o Formulário de Risco juntamente com o Cartão de Marcação de Retorno. Após a consulta psiquiátrica, o médico assistente deve



identificar o risco do paciente a partir dos critérios descritos abaixo e irá preencher o Formulário de Risco. Ao finalizar a consulta, o paciente é instruído a comparecer na recepção para a entrega dos documentos preenchidos e para marcação de retorno.

Modelo do formulário de risco ambulatorial

VERDE (Retornos trimestrais ou semestrais)

AMARELO (Retornos mensais)

VERMELHO (Retornos semanais ou quinzenais)

O (a) recepcionista preencherá a cor correspondente ao risco do paciente na planilha de controle dos pacientes ambulatoriais.

3.3 CONDUITAS APÓS A CLASSIFICAÇÃO DA PRIORIDADE/RISCO DO PACIENTE AMBULATORIAL

O paciente poderá ser classificado por três cores, vermelho, amarelo ou verde:

VERMELHO:

- Paciente em vulnerabilidade social (rede de apoio precária, situação de rua, exposição à violência);
- Paciente com alto risco de suicídio;
- Comorbidade clínica instável;
- Comorbidade psiquiátrica instável.

AMARELO:

- Paciente com suporte social precário, porém presente;
- Paciente sem exposição à violência;
- Paciente com risco moderado de suicídio;
- Comorbidade clínica com risco de deterioração clínica nos próximos dias/semanas;
- Comorbidade psiquiátrica com risco de instabilidade nos próximos dias/semanas.



VERDE:

- Paciente com bom suporte social e sem exposição a violência;
- Paciente com baixo risco para suicídio;
- Paciente sem comorbidade clínica ou com comorbidade clínica estável;
- Paciente com comorbidade psiquiátrica estável.

As condutas serão realizadas de acordo com a triagem:

- Ø Vermelho: retornos semanais ou quinzenais, prioridade na marcação de retornos, prioridade na internação (caso tenha sido indicada pelo médico assistente);
- Ø Amarelo: retornos mensais;
- Ø Verde: retornos trimestrais ou semestrais.

4. SIGLAS

NEWS- National Early Warning Score

CREDEQ – Centro Estadual de Referência e Excelência em Dependência Química

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial



PROTOCOLO SEGURANÇA NO USO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

O uso de equipamentos e dispositivos na assistência à saúde é caracterizada como uma fonte de risco para a ocorrência de incidentes e EA. A complexidade do ambiente do cuidado em saúde acontece devido à variedade de dispositivos, fabricantes, e especificações técnicas do funcionamento de cada equipamento. (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

Existem diversos fatores que podem causar ou contribuir para a ocorrência de um EA relacionado ao uso de equipamentos, insumos e matérias hospitalares, dentre eles a falta de monitoramento dos equipamentos, com a realização de manutenções programadas periódicas, e as capacitações contínuas inteirando as equipes sobre o manuseio dos equipamentos. Tecnovigilância é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população. A Tecnovigilância visa à segurança sanitária de produtos para saúde (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro") ANVISA, 2003.

A redução de incidentes e EA dentro da instituição ocorrerá mediante a qualidade certificada dos equipamentos e materiais, manuseio correto e submissão à manutenção sistemática. Com a finalidade de contribuir para a segurança do paciente, e para o bom desempenho dos profissionais de saúde (REBRAENSP, 2013).

Portanto é essencial que as unidades de saúde estejam atentas aos possíveis eventos adversos relacionados aos equipamentos, insumos ou materiais hospitalares. O canal de comunicação dos eventos adversos relacionados a tecnovigilância será o NSP através do formulário online com QR code disponível nos murais da unidade.

EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NAS UNIDADES

O remanejamento dos materiais deve estar alinhado com a equipe do patrimônio da unidade. A disponibilidade dos equipamentos estão disponíveis no sistema Neovero, e as informações são consolidadas mensalmente. Os equipamentos não poderão ser remanejados entre as salas de reanimações/estabilização, exceto o eletrocardiográfico. Segue o quantitativo de materiais disponíveis na unidade:



- Desfibriladores hospitalares - 2 unidades;
- Monitor cardíaco - 2 unidades com defeito (acho pertinente constar no contrato);
- Ventilador mecânico - 2 unidades;
- Cilindros/balas (verificar se estão abastecidas de oxigênio) - 10 unidades;
- Oxímetros - 3 unidades;
- Eletrocardiográfico – 1 unidade;
- Aparelho de pressão digital - 15 unidades;
- Estetoscópio - 15 unidades;
- Laringoscópio/lâminas - 4 unidades;
- Lanterna clínica - 3 unidades;
- Otoscópio - 3 unidades;
- Aparelho de HGT/Glicemia - 10 unidades;
- Aspirador - 3 unidades;
- Autoclave - 1 unidade;
- Seladoras -2 unidades;
- D E A - 3 unidades;
- Balança antropométrica - 5 unidades;
- Carrinho de parada - 5 unidades;
- Cadeiras de rodas - 6 unidades;
- Cadeira odontológica - 1 unidade;
- Canetas de alta rotação - 4 unidades;
- Canetas de baixa rotação - 1 unidade;
- Ultrassom e Jato de Bicarbonato - 1 unidade;
- Fotopolimerizador - 1 unidade;
- Camas hospitalares Fowler- 12 unidades;
- Macas hospitalares – 10 unidades.

EQUIPAMENTOS CRÍTICOS

Os Equipamentos críticos disponíveis na unidade serão remanejados entre os setores em caso de manutenção corretiva, e substituídos pela terceirizada caso o equipamento fique indisponível, são eles:

- Desfibriladores hospitalares - 2 unidades;
- Monitor cardíaco - 2 unidades com defeito (acho pertinente constar no contrato);
- Ventilador mecânico - 2 unidades;
- D E A - 3 unidades.

MANUTENÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS



A tecnovigilância dos equipamentos e materiais no CREDEQ seguirá a rotina descrita abaixo:

Descrição	Ação	Local	Responsável	Aprazamento
Materiais do carrinho de emergência	Preenchimento do checklist no MV hospitalar do carrinho de emergência Controle de validade, quantidade, qualidade e funcionamento	Carrinhos de emergência localizados na sala de reanimação de cada núcleo de internação e sala de estabilização	Farmacêutico (a) de plantão ou Enfermeiro do núcleo após violação do lacre	Mensal ou quando o lacre for violado
Equipamentos da sala de reanimação	Preenchimento do checklist RQ 26 dos equipamentos da sala de reanimação - Controle de validade, quantidade, qualidade e funcionamento (DEA – a carga será monitorada diariamente)	Salas de reanimação de cada núcleo de internação	Técnico (a) de Enfermagem responsável pelas reanimações deverá realizar o check-list de conferência dos materiais da sala de reanimação	Diariamente no início de todos os plantões (diurno e noturno) ou quando for necessário



Equipamentos e Materiais da ambulância	Preenchimento do checklist RQ 181 dos equipamentos e materiais da ambulância Controle de validade, quantidade, qualidade e funcionamento	Ambulância	Técnico (a) de Enfermagem responsável pela CME	Diariamente ou quando for necessário
Manutenção Preventiva - Atendimento Técnico	Realização de avaliação, controle, testes e manutenção dos equipamentos	Núcleos de internação/Acolhimento Ambulância	Empresa terceirizada	Mensal
Manutenção Corretiva- Atendimento Técnico	Medida corretiva em equipamentos hospitalares, abertura de chamado no sistema Neovero, e acionamento via telefone do responsável pelo contrato	Núcleos de internação/Acolhimento Ambulância	Empresa terceirizada	Se necessário



Etiquetas sinalizadoras	Fixar nos equipamentos etiquetas sinalizadoras contando data da realização das ações preventivas, bem como a data do próximo atendimento	Núcleos de internação/Acolhimento o Ambulância	Empresa terceirizada	Mensal
Capacitação	Promover treinamento quanto ao manuseio correto dos equipamentos e materiais	Núcleos de internação/Acolhimento o	Empresa terceirizada, Gerência de enfermagem , Gerência médica, NSP, Serviço de Manutenção	Anual

SIGLAS

CREDEQ- Centro Estadual de Referência e Excelência em Dependência Química

NSP –Núcleo de Segurança do Paciente

EA- Eventos Adversos

MV – Software de gestão hospitalar- prontuário eletrônico

DEA – Desfibrilador Automático

RQ – Registro da Qualidade



DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de notificações em tecnovigilância. Brasília, 2003.
2. MOURA, G.M.S.S.; MAGALHÃES, A.M.M. Eventos adversos relacionados à assistência em serviço de saúde: principais tipos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. 1 ed., p.65-78,2013.
3. REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde/ Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132p.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DOR TORÁCICA

1. OBJETIVO GERAL

Capacitar médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem para o manejo da dor torácica, com base nas últimas evidências científicas, a identificarem e reverterem, quando possível, situações com risco de vida imediata.

2. CONCEITO DA DOR TORÁCICA

O sintoma de dor torácica é a principal causa de procura à emergência e representa um desafio diagnóstico, uma vez que uma ampla gama de etiologias pode estar relacionada a esse sintoma. Uma anamnese detalhada associada ao exame físico permitirá a elaboração das hipóteses diagnósticas, definindo os exames complementares mais pertinentes ao caso.

3. AVALIAÇÃO INICIAL

Os pacientes devem ser atendidos e monitorizados na sala de reanimação do núcleo a qual pertencem. Deve ser obtido acesso venoso periférico, oxigênio deve ser ofertado caso a saturação de O₂ esteja menor que 90%. É fundamental focar no nível de consciência do paciente e em seus sinais vitais e prosseguir com a sistematização do ABCDE. O objetivo principal do paciente com dor torácica é de excluir imediatamente as causas que potencialmente impliquem em risco iminente de morte. A seguir, solicitam-se exames complementares, sendo fundamental a aquisição de ECG e de radiografia de tórax. A dor torácica pode ser classificada em tipo A, B, C ou D. A figura a seguir exemplifica cada tipo.



CLASSIFICAÇÃO DA DOR TORÁCICA
Dor anginosa típica (tipo A)
Apresenta características de angina do peito típica e evidente, que levam ao diagnóstico de doença arterial coronariana (angina do peito ou infarto do miocárdio), mesmo sem o resultado da realização de qualquer exame complementar.
Dor provavelmente anginosa (tipo B)
Não possui todas as características de uma angina do peito típica, mas a doença coronariana é a principal suspeita diagnóstica.
Dor provavelmente não anginosa (tipo C)
É uma dor atípica, mas não é possível excluir totalmente o diagnóstico de doença arterial coronariana sem a realização de exames complementares.
Dor não anginosa (tipo D)
É um tipo de dor com características de origem não coronariana. Nestes casos, outros diagnósticos se sobrepõem claramente à hipótese de doença arterial coronariana.

Quadro 3 - Classificação da dor torácica.
Fonte: Elaborado com base em Dippe Jr. (2010).

4. PRINCIPAIS CAUSAS

A tabela a seguir resume as principais causas de dor torácica aguda, assim como seus principais aspectos clínicos:

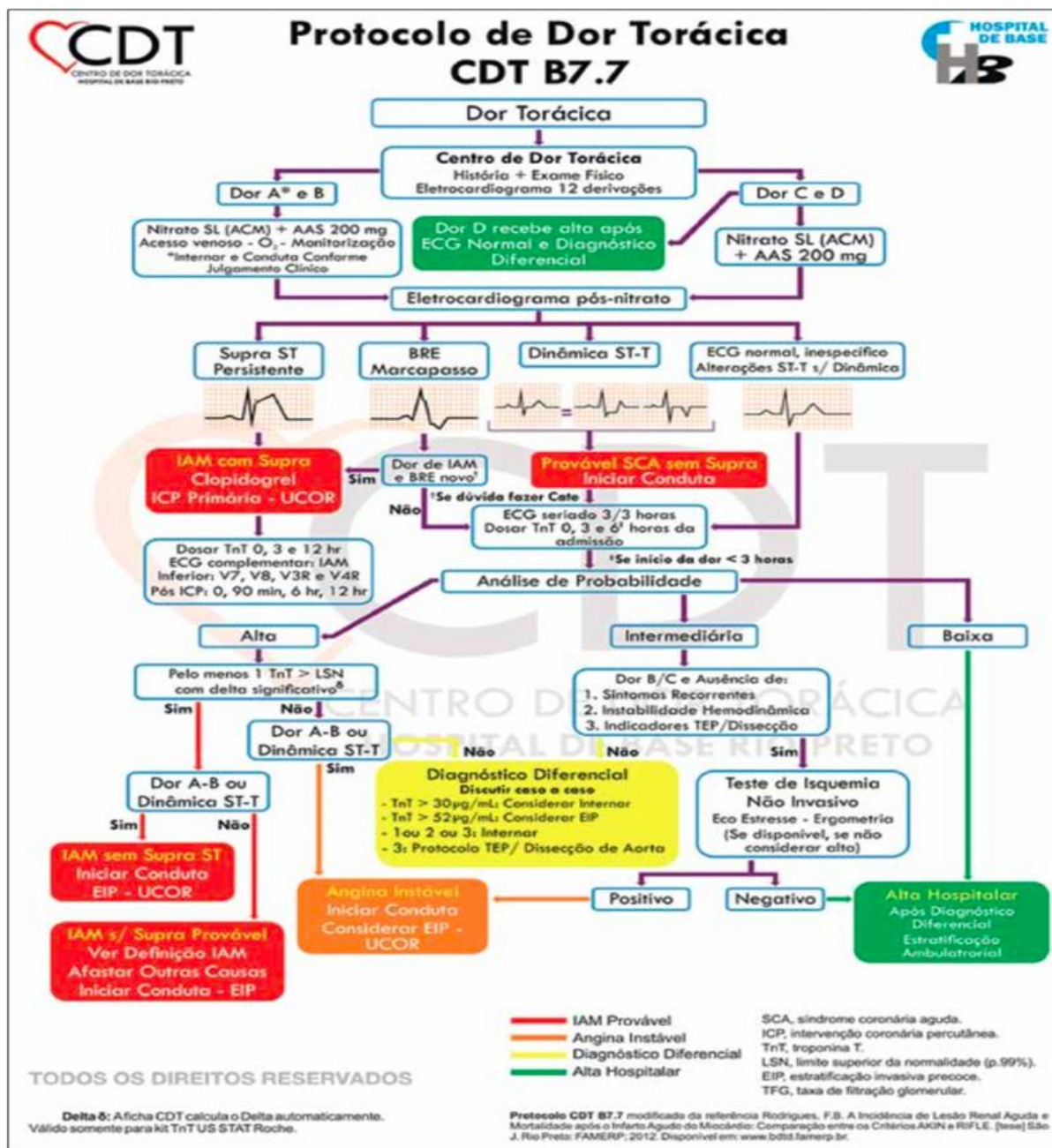


Tabela 2. Manifestações clínicas das principais etiologias de dor torácica.

Doença	Duração	Qualidade e localização	Aspectos importantes
Angina estável	2 a 10 min.; em "crescendo"	Queimação ou aperto em região retroesternal ou precordial, podendo irradiar-se para pescoço, ombros ou braços.	Desencadeada por exercício físico, estresse emocional, exposição ao frio e após grandes refeições; Pode estar acompanhada de náuseas, vômitos, diaforese e dispneia.
Angina instável	< 20 min.; em "crescendo"	Semelhante à angina estável; porém, mais intensa.	Pode iniciar-se em repouso ou com pequenos esforços; piora com pequenos esforços; Geralmente pode estar acompanhada de náuseas, vômitos, diaforese e dispneia.
Infarto agudo do miocárdio	> 30 min.; em "crescendo"; início súbito	Semelhante à angina estável; porém, mais intensa.	Frequentemente inicia-se em repouso sem fatores desencadeantes; piora com pequenos esforços; Geralmente pode estar acompanhada de náuseas, vômitos, diaforese, dispneia e tontura; Pode haver sinais de insuficiência cardíaca e arritmias.
Estenose aórtica	2 a 10 min.; em "crescendo"	Semelhante à angina estável.	Desencadeada pelo exercício físico; Ausculta cardíaca mostra sopro sistólico em foco aórtico com irradiação para as carótidas.
Pericardite	Geralmente de horas a dias	Dor aguda e pleurítica em região retroesternal ou precordial, podendo irradiar-se para pescoço, ombro ou braço esquerdo.	Piora com inspiração profunda, tosse e decúbito dorsal; melhora na posição sentada com inclinação para frente; Atrito pericárdico no exame físico.
Miocardite	Geralmente de horas a dias	Semelhante à pericardite, mas, também pode lembrar o infarto agudo do miocárdio.	Atrito pericárdico, insuficiência cardíaca e arritmias ventriculares podem estar presentes.
Dissecção aguda da aorta	Geralmente horas; início súbito	Dor de forte intensidade, dilacerante, geralmente na região anterior do tórax com irradiação para o dorso.	A dor pode ser migratória; Pode estar associada a sopro de insuficiência aórtica, tamponamento cardíaco, acidente vascular encefálico e assimetria dos pulsos periféricos.
Embolia pulmonar	Geralmente horas a dias; início súbito	Dor pleurítica na região ipsilateral do tórax, acompanhada de dispneia.	Dispneia com ausculta pulmonar normal; Pode haver sinais de hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca direita.
Hipertensão pulmonar	Geralmente de 2 a 10 min.	Aperto retroesternal desencadeado por esforços.	Pode estar acompanhada de dispneia, fadiga e sinais de hipertensão pulmonar.
Pneumonia	Geralmente de horas a dias	Dor pleurítica na região ipsilateral do tórax.	Associada a febre e tosse com expectoração; Ausculta pulmonar com estertores subcrepantes e sopro brônquico.
Pleurite	Geralmente de horas a dias	Dor pleurítica na região ipsilateral do tórax.	Pode estar associada à febre; Ausculta pulmonar com atrito pleural.
Pneumotórax	Geralmente horas; início súbito	Dor pleurítica na região ipsilateral do tórax, acompanhada de dispneia.	Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído no hemitórax acometido, associada à percussão timpânica.
Doença por refluxo gastroesofágico	10 a 60 min.	Queimação retroesternal ascendente, podendo estar acompanhada de regurgitação.	Piora após grandes refeições e com o decúbito dorsal; melhora com antiácidos.
Espasmo esofágico	2 a 30 min.	Aperto ou queimação retroesternal, podendo irradiar-se para pescoço, costas ou braços; Pode ser semelhante à angina.	Frequentemente inicia-se em repouso; pode ser desencadeado por deglutição, exercício físico e estresse emocional; melhora com nitratos; Presença de disfagia deve levantar suspeita de etiologia esofágica.
Ruptura esofágica e mediastinite	Geralmente horas; início súbito	Dor retroesternal intensa.	Piora com deglutição e inspiração profunda; Associada a sintomas e sinais de mediastinite, como dispneia, febre, taquicardia e hipotensão.

5. MANEJO

Os fluxogramas a seguir resumem as principais condutas perante um paciente com dor torácica de acordo com a classificação da dor (tipo A, B, C, D).



Caso o paciente necessite de estudo hemodinâmico e/ou internação em Unidade de Terapia Intensiva deve-se regular o paciente via sistema SERVIR para uma unidade de saúde adequada ou encaminhar o paciente para a UPA Flamboyant, caso não haja tempo suficiente para aguardar a regulação.

6. EXAMES COMPLEMENTARES

Caso seja necessário a realização de exames, o paciente será referenciado na Unidade de Pronto Atendimento, os principais exames a serem solicitados são: ECG – principal exame para avaliação de isquemia coronariana; radiografia de tórax; D-Dímero; Troponina – marcador de necrose do miocárdio; hemograma; proteína C reativa –



avaliação de infecção. Outros exames podem ser solicitados de acordo com a disponibilidade no serviço, tais como ecocardiograma e angiotomografia de coronárias.

7. SIGLAS

ECG- Eletrocardiograma

ABCD- Sistema de Classificação da Dor Torácica

O2- Oxigênio

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

<https://www.sanarmed.com/dor-toracica-colunistas>

Silva dos Santos E, Timerman A. DOR TORÁCICA NA SALA DE EMERGÊNCIA: QUEM FICA E QUEM PODE SER LIBERADO? Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2018;28(4):394-402. doi:10.29381/0103-8559/20182804394-402

Departamento de Medicina Interna, Serviço de Emergências Clínicas e Centro de Dor Torácica do Hospital de Base - FUNFARME – FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil., Rodrigues FB, Machado MN, et al. PREDITORES CLÍNICOS PARA DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES COM DOR TORÁCICA ATÍPICA. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2018;28(4):455-460. doi:10.29381/0103-8559/20182804455-60



PROTOCOLO DE SEPSE

1. OBJETIVO GERAL

Capacitar médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem para o manejo da Sepse, com base nas últimas evidências científicas, a identificarem e reverterem, quando possível, situações com risco de vida imediata.

2. DESCRIÇÃO DA SEPSE

Sepse é uma síndrome clínica caracterizada por uma resposta inflamatória exacerbada do hospedeiro à infecção. Pode ocorrer em um continuum de gravidade variando desde bacteremia até síndrome de disfunção de múltiplos órgãos.

3. IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SEPSE

A identificação precoce de um quadro de infecção pode levar a redução de mortalidade. Os dois escores mais utilizados são o quick sequential organ failure assessment score (qSOFA) e o National Early Warning Score (NEWS):

3.1 A pontuação qSOFA é fácil de calcular, pois possui apenas três componentes, cada um dos quais é facilmente identificável à beira do leito e recebe um ponto. Uma pontuação ≥ 2 está associada a resultados ruins devido à sepse:

- Escala Glasgow - Alteração do Estado Mental
- Frequência respiratória ≥ 22 /minuto
- Pressão arterial sistólica ≤ 100 mmHg

➤ Uma pontuação da escala de coma de Glasgow de 15 requer todos os seguintes: abertura espontânea dos olhos; orientação precisa para a pessoa, lugar e tempo; respostas motoras apropriadas aos comandos. Se essa pontuação for inferior a 15, a pontuação da escala de coma de Glasgow é definida como 1.

➤ 1 quando a frequência respiratória for ≥ 22 respirações/minuto, e 0 para taxas mais lentas. 1 quando a pressão arterial sistólica for ≤ 100 mmHg e 0 para pressão arterial mais elevada.

3.2 NEWS é um sistema de pontuação agregado derivado de seis parâmetros fisiológicos:

- Taxa de respiração
- Saturação de oxigênio
- Pressão arterial sistólica
- Taxa de pulso
- Nível de consciência ou nova confusão
- Temperatura

A pontuação agregada representa o risco de morte por sepse e indica a urgência da resposta:



- 0 a 4 – baixo risco (uma pontuação de 3 em qualquer parâmetro individual é baixo-médio)
- 5 a 6 - risco médio
- 7 ou mais - alto risco

4. FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco para sepse são: admissão em leito de terapia intensiva, bacteremia confirmada por cultura de sangue, idade avançada (acima ou igual a 65 anos), imunossupressão, diabetes e obesidade, câncer, síndrome aguda respiratória por COVID-19.

5. APRESENTAÇÃO CLÍNICA

São comuns sintomas relacionados ao local primário de infecção, tais como tosse e dispneia em pacientes com pneumonia. Pacientes com sepse geralmente evoluem com hipotensão, taquicardia, febre e leucocitose. À medida que ocorre agravamento do quadro, podem surgir sinais de choque e disfunção orgânica, como por exemplo, oligúria e alteração do estado mental. A seguir serão apresentados os principais achados clínicos em pacientes com sepse:

- Hipotensão arterial (pressão sistólica <90 mmHg, pressão arterial média < 70mmHg);
- Temperatura > 38,3 ou < 36 graus Celcius;
- Frequência cardíaca > 90 batimentos/minuto ou mais que dois desvios-padrão do valor normal para a idade;
- Frequência respiratória > 20 incursões/minuto;
- Sinais de disfunção orgânica: pele fria, cianose, alteração do estado mental, agitação psicomotora, oligúria ou anúria, ausência de sons gastrointestinais.

6. ACHADOS LABORATORIAIS

- Leucocitose >12.000 ou leucopenia < 4000;
- Hiperglicemia (>140 mg/dl) na ausência de diabetes;
- PCR mais do que duas vezes acima do valor normal;
- Hipoxemia arterial (PAO₂/FIO₂ < 300);
- Oligúria aguda (débito urinário < 0,5ml/kg/hora por pelos menos 2 horas de reposição volêmica adequada);
- Creatinina > 0,5mg/dl;
- Anormalidades na coagulação (RNI >1,5 ou TTP > 60 segundos);
- Trombocitopenia < 100.000;
- Hiperbilirrubinemia > 4mg/dl;
- Hiperlactatemia (> 2 mmol/L).

7. AVALIAÇÃO IMEDIATA E MANEJO



A prioridade para o manejo adequado da sepse é garantir uma via aérea segura (se indicado), corrigir hipoxemia e estabelecer acesso venoso para a administração precoce de fluidos e antibiótico. Deve-se colher os seguintes exames: gasometria arterial, plaquetograma, bilirrubina, hemograma, coagulograma e creatinina.

Além disso, é importante investigar o foco infeccioso e por isso devem ser solicitadas 2 hemoculturas de sítios diferentes e culturas de todos os sítios pertinentes. Esses exames devem ser feitos antes do início da terapia medicamentosa. A antibioticoterapia deve ser instituída de imediato (antes da primeira hora após o atendimento ao paciente). A escolha do antibiótico vai variar de acordo com o foco suspeito de infecção, uso prévio de antibióticos, internação recente, comorbidades e/ou imunossupressão. A escolha inicial deve incluir uma cobertura de amplo espectro, sendo que o espectro deve ser reduzido quando os patógenos tiverem sido isolados e as sensibilidades estabelecidas, ou quando a evolução clínica permitir.

Dessa forma, segundo proposto pela Campanha de Sobrevivência à Sepse em 2018, o pacote de 1 hora deve ser:

8. SIGLAS

NEWS - National Early Warning Score

qSOFA - quick sequential organ failure assessment score

9. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

<https://pebmed.com.br/surviving-sepsis-2018-o-que-muda-na-sepse-com-essa-atualizacao/>

DURR, Dimitri et al. National Early Warning Score (NEWS) Outperforms Quick Sepsis-Related Organ Failure (qSOFA) Score for Early Detection of Sepsis in the Emergency Department. *Antibiotics*, v. 11, n. 11, p. 1518, 2022.

**PROTOCOLO ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA INTERNAÇÃO****1. OBJETIVO**

Otimizar e agilizar o atendimento de urgências e emergências, definindo as responsabilidades, e oferecendo uma assistência segura, eficiente e de qualidade aos pacientes atendidos.

2. PROCEDIMENTO

Etapa	Descrição da Atividade	Função Responsável
Identificação da necessidade do atendimento de urgência e emergência	<p>Identificar sinais de deterioração clínica do paciente, seguindo a avaliação rápida ABCE (anexo);</p> <p>Acionar outro profissional para auxiliar no atendimento;</p> <p>Acionar a equipe de enfermagem e médico plantonista através do rádio comunicador ou de forma presencial para iniciar com as condutas.</p> <p>Observação:</p> <p>A equipe de enfermagem realiza o DS0 086 Protocolo de Deterioração Clínica, diariamente e aciona o médico de acordo com a escala News.</p>	Enfermagem, multiprofissional, médicos e administrativos



<p>Condutas de enfermagem no atendimento de urgências e emergências</p>	<p>Buscar na sala de reanimação e levar até o paciente, os aparelhos necessários (aparelho de pressão, HGT, Oxímetro), além dos materiais para punção venosa (Kit montado) e Luvas de procedimentos;</p> <p>Verificar sinais vitais (Pressão, Respiração, Pulso);</p> <p>Verificar HGT;</p> <p>Verificar a oxigenação com oxímetro;</p> <p>Aguardar conduta médica, caso necessário iniciar a punção venosa;</p> <p>Seguir as recomendações, após a avaliação médica:</p> <ol style="list-style-type: none">1- Paciente não necessita de suporte avançado, encaminhar para o seu leito de internação ou realizar o procedimento no local;2- Paciente requer cuidado avançado, encaminhar para a reanimação.	<p>Enfermagem</p>
---	--	-------------------



Obs: Paciente será encaminhado para a reanimação:

- a. Buscar a maca que fica localizada dentro da reanimação e levar até o paciente;
- b. Colocar o paciente na maca com cuidado e auxílio dos demais envolvidos;



- c. Encaminhar o paciente para continuar o atendimento na reanimação, evitando quedas durante o percurso;
- d. Posicionar a maca ao lado da cama na reanimação, ou se possível transferir o paciente para a cama fawler;
- e. Colocar ou permanecer com o paciente em decúbito dorsal;
- f. Colocar a prancha rígida (fica atrás do carrinho de parada) abaixo do tórax do paciente, se necessário.

Realizar os procedimentos prescritos pelo médico;

Atribuir aos técnicos de enfermagem que ficarão envolvidos no processo, as seguintes funções (apenas o enfermeiro):

- 1- Na aferição dos sinais vitais;
- 2- Na preparação dos materiais/insumos necessários no atendimento (Laringoscópio com lâminas, Cânulas, Fio guia, DEA, Monitor Cardíaco, Bala de Oxigênio, Ambu,



Látex, Aspirador e ventilador mecânico e outros), no intuito de agilizar o procedimento;

- 3- Nos procedimentos, como punção venosa, administração dos medicamentos, manobras de RCP e outros.

Organizar a sala após o término do atendimento;

Encaminhar os materiais utilizados para o expurgo, para que sejam esterilizados;

Realizar a baixa dos itens utilizados no carrinho de emergência no sistema, e solicitar a reposição dos medicamentos/insumos utilizados.

Obs: No atendimento da PCR seguir o DS Protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar.



<p>Condutas médica no atendimento de urgências e emergências</p>	<p>Realizar a avaliação primária do paciente;</p> <p>Avaliar em qual local será realizado o atendimento:</p> <ol style="list-style-type: none">1- Paciente não necessita de suporte avançado, encaminhar para o seu leito de internação ou realizar o procedimento no local;2- Paciente requer cuidado avançado, encaminhar para a reanimação. <p>Priorizar o controle de grandes hemorragias (exsanguinantes);</p> <p>Desobstrução das vias aéreas com controle da coluna cervical;</p> <p>Avaliar ventilação e frequência ventilatória;</p> <p>Avaliar a circulação (pulso e perfusão);</p> <p>Avaliar o nível de resposta neurológica;</p> <p>Avaliar a exposição da vítima com prevenção e controle da hipotermia;</p> <p>Solicitar que a enfermagem administre as medicações/insumos de acordo com a conduta médica;</p> <p>Realizar a prescrição no sistema</p>	<p>Médicos</p>
--	--	----------------



dos medicamentos/insumos utilizados, para que sejam realizadas as reposições.



<p>Observações gerais sobre o atendimento de urgências e emergências</p>	<p>Evitar a presença e circulação de profissionais não envolvidos no processo dentro da sala;</p> <p>O atendimento prioritariamente será realizado pelo médico plantonista da unidade, caso necessário, os médicos assistentes poderão proceder;</p> <p>A farmácia irá dispensar os medicamentos padronizados para reposição do carrinho de emergência, mediante prescrição e controlar periodicamente os medicamentos contidos no carro de emergência quanto a sua presença, quantidade, características físicas e validade;</p> <p>Caso seja necessário, o Enfermeiro ou o médico plantonista ficarão responsáveis por realizar o contato com o 192 (SAMU), para repassar as informações sobre o quadro clínico do paciente</p>	<p>Enfermagem, multiprofissional, médicos</p>
--	---	---



e o endereço da unidade
(localizado na porta do
armário da Reanimação).

3. SIGLAS

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DEA – Desfibrilador Automático

HGT – Hemoglicosímetro

DS – Documento Suporte

PCR-Parada cardiorrespiratória

RCP- Ressuscitação Cardiopulmonar

4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

CRESM

Complexo de Referência Estadual em Saúde Mental
Prof. Jamil Issy



Protocolo de Suporte Avançado de Vida 2016 – Ministério da Saúde.
MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP'S): Serviço de
Enfermagem, Teresina, 2020.
EBSERH, 2018.