

LINHA DE CUIDADO INTEGRAL A SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES



EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

I. Representantes da Coordenação de Atenção Básica (Secretaria de Saúde)

Adriano César Araújo – Enfermeiro, Secretário Municipal de Saúde

Alessandra Merighi Montes Mota – Fisioterapeuta, Diretora do Departamento Técnico

Maria Luiza Miguel Simielli – Psicóloga, Coordenadora de Saúde Mental

II. Representante da Coordenação Médica da Atenção Básica

Luiz Gustavo Cunha Claudino – Médico

III. Representantes da Associação Mahatma Gandhi

Mariana Mendonça Alves Pansa – Enfermeira, Coordenadora Técnica da APS

Eduarda Oliveira de Aro Margonar – Enfermeira, Gerência de Especialização Técnica

Tiago Aparecido Silva – Enfermeiro, Coordenador de Gestão da Qualidade



SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	4
2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	6
2.1 Equipes de Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária	6
2.1.1 Atenção Primária no município de Catanduva	6
2.1.2 Equipes multiprofissionais na APS – eMulti	9
2.1.3 Equipe de Consultório na Rua – ECR	11
2.1.4 Academias da Saúde	12
2.2 Normal e patológico na infância1: Riscos da medicalização na infância	12
2.3 Riscos da patologização e medicalização na infância	13
2.4 Estratificação de Risco em Saúde Mental	14
2.5 Acolhimento e primeiro atendimento na Atenção Primária à Saúde	23
2.5.1 Cuidados centrados na pessoa	23
2.5.2 Escuta qualificada da família, dos cuidadores e da criança	24
2.5.3 Perguntas norteadoras	26
2.5.4 Aspectos importante para abordar a criança	26
2.6 Acompanhamento do desenvolvimento da primeira infância	27
2.6.1 Caderneta de saúde da criança	27
2.6.2 Acompanhamento do recém-nascido, sua família e cuidadores	28
2.6.3 Acompanhamento do desenvolvimento da primeira infância	29
2.6.4 Estado nutricional e desenvolvimento infantil	30
2.6.5 Aleitamento materno, alimentação complementar e desenvolvimento infantil	31
2.6.6 Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento infantil	32
2.6.7 Orientações aos cuidadores para promover o desenvolvimento da criança de zero a 3 anos de idade	33
2.6.8 Aprender se relacionando	34
2.6.9 Aprender brincando	35
2.6.10 Criando brinquedos	36
2.6.11 Monitoramento e Vigilância em Saúde	37
2.6.12 Planilha de acompanhamento de transtornos mentais, comportamentais e do desenvolvimento da criança e adolescente	37
2.7 Fluxograma de acompanhamento de crianças com alterações no desenvolvimento neuropsicomotor	39
3. ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	41
3.1 Projeto Terapêutico Singular – PTS	41
3.1.2 Elaboração do Projeto Terapêutico Singular no Apoio Matricial de Saúde Mental	42
3.2 Atuação conjunta com a Equipe Multiprofissional na APS – eMulti	44
3.3 Matriciamento em Saúde Mental	45
3.4 Abordagem da família, dos cuidadores ou dos responsáveis	46
3.5 Articulação intra e intersetorial	47
3.6 O trabalho com grupos como estratégia de promoção de saúde na Atenção Primária à Saúde	48
3.6.1 Grupos	48
4. PRINCIPAIS SITUAÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	53
4.1 Situações de crise em saúde mental na infância na APS	53
4.1.1 Acolhimento em situações de crise em saúde mental na infância na APS	53
4.1.2 Instrumentos de apoio conforme sinais de alerta	56
4.2 Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)	75
4.3 Transtorno Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH)	87



4.4 Transtorno Específico da Aprendizagem	97
4.5 Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)	98
4.6 Transtorno de Conduta (TC)	99
4.7 Deficiência Intelectual (DI)	100
4.8 Depressão	101
4.9 Infância e Adolescência	103
4.10 Ansiedade	105
4.11 Abuso ou dependência química na Infância e Adolescência	109
4.12 Violência Contra Criança e Adolescente	116
5. ATENÇÃO ESPECIALIZADA À CRIANÇA EM RISCO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	125
5.1 ATENÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	127
5.2 SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Emergência-192)	128
5.3 UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	133
5.4 ATENÇÃO HOSPITALAR	134
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137

1. INTRODUÇÃO

O que é linha de cuidado

Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. A Linha de Cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também.

Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços dos quais necessita.

A Linha de Cuidado funciona também com base nos Projetos Terapêuticos Singulares, ou seja, o Projeto Terapêutico aciona, ou, dispara a Linha de Cuidado. Ela representa um *continuum* assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. As Linhas de Cuidados são estratégias de estabelecimento de “percursos assistenciais”. É o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede organizada de saúde.

Rede de atenção psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um conceito em Saúde Mental que tem como objetivo ser um mapeamento interativo, integrado, articulado e efetivo, entre os diversos pontos de atenção, para atender as pessoas com demandas decorrentes de sofrimento mental e demandas decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. Deve considerar as especificidades regionais, dando ênfase a serviços de base comunitária, capazes de se adequar às necessidades dos usuários. Deve atuar na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

A Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, propõe um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece, focando a inserção social do cidadão.

A Rede de Atenção Psicossocial, é instituída com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Diretrizes da RAPS:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;



- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

Saúde mental na infância e adolescência

O desenvolvimento infantil é um processo único de cada criança, que se apresenta através de mudanças contínuas nas suas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, aumentando progressivamente a complexidade das suas atividades cotidianas e o exercício dos papéis sociais. O período pré-natal e os primeiros anos da infância são fundamentais no processo de desenvolvimento do sujeito, que é estabelecido pela interação entre suas características biopsicológicas e as experiências oferecidas pelo seu ambiente, sendo necessário ofertar cuidados em resposta às suas necessidades de desenvolvimento, possibilitando, assim, que a criança atinja o seu potencial¹. Deste modo, o desenvolvimento infantil vai além de uma determinação biológica e seu acompanhamento exige uma abordagem ampliada e em equipe. A avaliação do desenvolvimento infantil não se restringe somente à avaliação das habilidades pertencentes aos sistemas motor, perceptivo, de linguagem, que estão relacionadas a funções do processo de maturação neurológica, mas também, às influências ambientais e emocionais da criança². Hoje, observa-se cada vez mais o excesso de diagnósticos na infância: problemas de aprendizagem, autismo, hiperatividade, transtornos obsessivos, transtornos opostos desafiadores, dentre outros. Muitas vezes, as crianças chegam às unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) diagnosticadas por leigos, já medicadas e com demandas de tratamento associadas a pedido de resolução imediata dos problemas. Nesse contexto, observa-se o elevado uso de medicações psicotrópicas em crianças ainda em desenvolvimento, o aumento de solicitações por atendimento especializado e de diagnósticos precipitados. Por isso, é imprescindível que os profissionais da APS tenham clareza de que estes diagnósticos precisam ser deixados em segundo plano, priorizando o acompanhamento criterioso do desenvolvimento infantil e da discussão com a rede de saúde mental.

Devido à magnitude do tema, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, instituída pela Portaria nº 1.130 de 2015³, tem a promoção e o acompanhamento do desenvolvimento integral na primeira infância como um de seus eixos estratégicos. Este eixo consiste em ações de vigilância/acompanhamento e estímulo ao pleno desenvolvimento da criança, em especial do “Desenvolvimento na Primeira Infância”, pela APS, conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança⁴, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares. Considerando a relevância do tema da saúde mental na infância e o papel da APS como coordenadora do cuidado, a Secretaria Municipal de Saúde Catanduva constrói este Guia. Objetiva-se oferecer subsídios às equipes de APS nas ações de promoção de saúde mental e acompanhamento do desenvolvimento



infantil. Este material fornece elementos e instrumentos para qualificar o cuidado em saúde mental na APS e auxiliar as equipes na observação e identificação oportuna de sinais e sintomas de problemas de saúde mental na infância. O objetivo maior é promover a realização de intervenções o mais cedo possível, possibilitando, deste modo, importantes melhorias para a criança e a família. São oferecidas, também, informações sobre os fluxos da Rede de Atenção à Saúde, apontando para a importância da atuação interdisciplinar colaborativa e em rede. Espera-se que os serviços de saúde trabalhem de forma integrada, numa mesma direção. Sobretudo, este Guia não tem a finalidade de estimular qualquer tipo de rastreamento de risco psíquico na infância, mas sim fortalecer e reafirmar a importância dos instrumentos já existentes recomendados para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, como é o caso da Caderneta de Saúde da Criança, principal ferramenta de acompanhamento do desenvolvimento integral da criança na Atenção Primária⁴.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

2.1- Equipes de Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária

2.1.1- Atenção Primária no município de Catanduva

Atualmente, o município de Catanduva possui 100% de cobertura na Atenção Básica. Dentre essa cobertura, 70% é oferecida por equipes de Saúde da Família, distribuídas em 18 Unidades Básicas de Saúde, com um total de 26 equipes de Estratégia de Saúde da Família. Além disso, há 5 Unidades Básicas de Saúde com 10 equipes de Atenção Primária à Saúde.

Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa	Rua Bragança, nº 320 Bairro: Vila Lunardelli	3523-3611
USF Dr. Armino Mastrocola	Rua Mococa, nº 355 Bairro: Jardim Santa Rosa	3522-0368
USF Dr. Athos Procópio de Oliveira	Rua Camanducaia, nº 200 Bairro: Jardim Imperial	3525-0999
USF Dr. João Miguel Calil	Rua Araraquara, nº 1000 Bairro: Vila Santo Antônio	3523-3003



USF Dr. José Pio Nogueira de Sá	Rua Guarapari, nº 81 Bairro: Gabriel Hernandes	3525-0404
USF Dr. José Ramiro Madeira	Rua Aricanduva, nº 457 Bairro: Cj. Hab. Euclides Figueiredo	3521-3658
USF Dr. José Rocha	Av. Caxias do Sul, nº 850 Bairro: Cj. Hab. Ângelo Gavioli	3525-0777
USF Dr. Michel Cury	Av. Palmares, nº 1980 Bairro: Cj. Hab. Julia Busnardo Caparroz (Nosso Teto)	3523-3924
USF Dr. Milton Maguollo	Rua São Lourenço, nº 265 Bairro: Bom Pastor	3525-0303
USF Dr. Napoleão Pellicano	Rua São Bento, nº 40 Bairro: Jardim Alpino	3525-0800
USF Dra. Gesabel Clemente Marques de La Haba	Rua Nardi Ignotti, nº 160 Bairro: Cj. Pedro Nechar	3522-1105
USF Dra. Isabel Etruri	Rua Coroados, nº 100 Bairro: Parque Flamingo	3525-0415
USF Dr. Sérgio da Costa Perez	Rua Bocaina, nº 430 Bairro: Jardim Del Rey	3523-8266
USF Dr. Olavo Barros	Rua Inglaterra, nº 760 Bairro: Monte Líbano	3523-4101
USF Dr. Sérgio Banhos	Av. Cruzeiro do Sul, nº 305 Bairro: Cj. Hab. Giuseppe Spina (Pachá II)	3521-7374
USF Dr. Carlos Roberto Surian	Rua das Pitangas, nº 330 Bairro: Nova Catanduva	99766-3138
USF Dr. Carlos Eduardo Bauab	Av. São Domingos, nº 2370 Bairro: Theodoro Rosa Filho	3522-1748



USF Dr. Alcione Nasorri	Rua Cesar Guzzi, nº 100 Bairro: Solo Sagrado	3524-9310
UBS Dr. Luiz Carlos FigueiredoMalheiros	Rua Recife, nº 984 Bairro: Centro	3524-1310
UBS Enf. Diomar José dos Santos	Rua Guariba, nº 913 Bairro: Parque Glória III	3524-1198
UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira	Rua Cáceres, nº 669 Bairro: Jardim Salles	3525-0770
UBS Dr. José Barrionuevo Rodrigues	Rua Pirajuí, nº 1171 Bairro: Jardim Sotto	3525-0888
UBS Dr. Vicente Bucchianeri	Rua Monte Azul, nº 230 Bairro: Jardim Vertoni	3525-0909

A Atenção Básica tem como um de seus princípios fundamentais garantir o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, incluindo aquelas que necessitam de cuidados em saúde mental. Nesse nível de atenção, as ações são realizadas em um território bem conhecido, o que permite aos profissionais de saúde se aproximarem e entenderem a história de vida dos indivíduos, seus vínculos com a comunidade onde residem e outros aspectos de seu contexto de vida. Dessa forma, o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é extremamente estratégico, pois facilita o acesso tanto dos usuários às equipes quanto das equipes aos usuários.

Todas as Unidades Básicas de Saúde devem estar preparadas para receber e ouvir todas as pessoas que buscam seus serviços de maneira universal, acessível e sem exclusões. A partir dessa recepção, elas devem elaborar respostas adequadas às demandas e necessidades de cada indivíduo.

O cuidado oferecido deve reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde, respeitando a diversidade e garantindo que o direito à saúde não seja afetado por diferenças sociais. É proibida qualquer forma de exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitações físicas, intelectuais ou funcionais. As estratégias devem ser voltadas para minimizar desigualdades e evitar a exclusão social de grupos que possam sofrer estigmatização ou discriminação.

Na Atenção Básica, são realizadas ações tanto individuais quanto coletivas para a promoção da saúde e redução de danos, com foco na saúde mental. Essas ações incluem a identificação,



acolhimento, tratamento e acompanhamento de indivíduos ao longo dos diferentes ciclos da vida que apresentam problemas relacionados à saúde mental.

Após o acolhimento, as equipes devem realizar uma escuta qualificada e adotar as condutas necessárias para a resolução do caso. O acompanhamento de transtornos mentais leves e moderados pode ser feito pela equipe de Atenção Básica com o suporte da eMulti e matriciamento do CAPS. Já para transtornos mentais graves, severos e persistentes, o encaminhamento deve ser feito para um acompanhamento compartilhado no CAPS, com retorno à Atenção Básica após a melhora.

Em situações de urgência/emergência psiquiátricas, a equipe da Atenção Básica deverá prestar o primeiro atendimento e acionar o SAMU. As urgências e emergências psiquiátricas podem ser definidas como “qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco atual e significativo de morte ou injúria grave para o paciente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata.” (QUEVEDO;SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008).

2.1.2- Equipes multiprofissionais na APS – eMulti

As eMulti são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica e para populações específicas (Consultórios na Rua – CnR), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas na Atenção Básica que ampliem o seu escopo de ofertas. Atualmente, o município de Catanduva conta com 5 equipes eMulti.

Distrito	Unidades	Equipes eMulti
Distrito 1	<ul style="list-style-type: none">• USF Dr. Milton Maguollo (Bom Pastor)• USF Dr. Alcione Nasorri (Solo Sagrado) - 3 equipes• USF Dr. Sérgio Banhos (Pachá)• USF Dr. José Ramiro Madeira (Conjunto Euclides)	eMulti 1 Assistente social; Psicóloga; Nutricionista; Fisioterapeuta;



Distrito 2	<ul style="list-style-type: none">• USF Dr. Armino Mastrocola (Santa Rosa)• USF Dr. Napoleão Pellicano (Alpino)• USF Dr. Olavo Barros (Monte Líbano)• UBS Dr. José Barrionuevo Rodrigues (Vila Soto)• USF Dra. Gesabel Clemente Marques de La Haba (Pedro Nechar)	eMulti 2 Assistente social; Psicóloga; Nutricionista; Fisioterapeuta;
Distrito 3	<ul style="list-style-type: none">• UBS Dr. Vicente Bucchianeri (Vertoni)• USF Dr. Michel Cury (Nosso Teto) - 2 equipes• UBS Enf. Diomar José dos Santos (Glória III)• USF Dr. Geraldo Mendonça Uchoa (Lunardelli)• UBS Dr. Francisco Lopes Ladeira (Salles)	eMulti 3 Assistente social; Psicóloga; Nutricionista; Fisioterapeuta;
Distrito 4	<ul style="list-style-type: none">• USF Dr. João Miguel Calil (Santo Antônio)• USF Dr. Sérgio da Costa Perez (Del Rey)• USF Dr. José Rocha (Gaviolli) - 2 equipes• UBS Dr. Luiz Carlos Figueiredo Malheiros (Central)• USF Dr. Carlos Eduardo Bauab (Theodoro)	eMulti 4 Assistente social; Psicóloga; Nutricionista; Fisioterapeuta;
Distrito 5	<ul style="list-style-type: none">• USF Dr. Carlos Roberto Surian (Nova Catanduva) - 2 equipes• USF Dr. José Pio Nogueira de Sá (Gabriel Hernandez)• USF Dra. Isabel Etruri (Flamingo) - 2 equipes	eMulti 5 Assistente social; Psicóloga; Nutricionista; Fisioterapeuta



	<ul style="list-style-type: none">• USF Dr. Athos Procópio de Oliveira (Imperial)	
--	---	--

As eMulti atuam conjuntamente a outras equipes especializadas de saúde mental (CAPS II e CAPS AD), corresponsabilizando-se pelos casos e facilitando a integração com as ESF. Esse arranjo institucional visa promover a articulação entre as unidades locais de saúde e os serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), organizando o fluxo e o processo de trabalho, podendo a eMulti atuar como mediador dessa integração.

2.1.3- Equipe de Consultório na Rua – ECR

O Consultório na Rua (CnR), instituído pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), integra o componente da Atenção Básica e da Rede de Atenção Psicossocial e deve seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB, busca atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

O CnR do município de Catanduva-SP foi implantado em junho de 2018. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7 às 16 horas, realizando intervenção noturna até as 20 horas, duas vezes ao mês ou sempre que necessário.

Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
Consultório na Rua	Rua Pará, nº 13 – Centro	3531-9415

Público-alvo

O CnR atende todas as faixas etárias, pessoas que residem no município de Catanduva e imigrantes. A atual política define a população em situação de rua (PSR) como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo

que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua.

Portanto, caberá o cuidado compartilhado da equipe de CnR com a equipe de Atenção Básica do território, incluindo os profissionais de Saúde Bucal e eMulti de referência, onde essas pessoas estão concentradas.

2.1.4- Academias da Saúde

É uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. São espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

O município de Catanduva conta com duas Academias da Saúde, sendo uma Academia da Saúde Gavioli e Academia da Saúde Alpino cujas ações são desenvolvidas pelo dançarino popular, educador físico e pelo musicoterapeuta.

2.2- Normal e patológico na infância1: Riscos da medicalização na infância

No acompanhamento das crianças é importante considerar alguns aspectos do contexto sócio histórico. Com o passar do tempo, o conceito de infância tem se transformado de acordo com diversas visões de mundo pertencentes a determinadas épocas e lugares. O modo como a sociedade entende a criança determina o modo de tratá-la moralmente e educacionalmente. Assim, vale a reflexão sobre as seguintes perguntas:

- O que é definido como saudável hoje?
- O que é considerado problema de saúde mental na infância?

A definição de saudável ou doentio na infância deriva também da concepção da infância e do que é ser criança num determinado contexto. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença. Esse conceito é muitas vezes levado ao extremo, gerando um falso entendimento de que qualquer mal-estar, tristeza, angústia, ansiedade, medo, precisam de tratamento especializado e que há a possibilidade de acabar com todo mal-estar físico, mental e social por meio da medicina. Neste sentido, as crianças são consideradas grupo de risco de medicalização pelo lugar que ocupam na sociedade, ou seja, mesmo sendo detentoras de direitos, dependem da noção de cuidado que os adultos responsáveis por ela têm. Assim, é importante que os profissionais de saúde mantenham uma postura crítica em relação aos fatores que podem influenciar na realização de diagnósticos de problemas de saúde mental na infância.

2.3- Riscos da patologização e medicalização na infância

A proliferação de diagnósticos que descrevem comportamentos, anteriormente vistos como normais, como patologias, trazem consequências como a “medicalização da vida”¹⁵. Diante disso, observa-se o aumento do uso de medicamentos e o crescimento de uma prática clínica que transforma um problema de saúde mental em um problema essencialmente orgânico, individual.

Portanto, para evitar os riscos de medicalização da infância, é preciso considerar como a criança é afetada pelo que lhe acontece e pelo que ela vê no seu entorno e perceber que suas alterações de comportamento podem ser manifestações próprias, seu modo particular de expressar e solucionar o que lhe afeta. Ou seja, é preciso observar se questões inerentes ao desenvolvimento de uma criança e inerentes ao contexto em que ela se encontra estão sendo transformadas em transtorno mental¹⁶.

Por exemplo, “o fato de uma criança ter dificuldades de aprendizagem tem sido frequentemente traduzido como doença da criança, retirando do debate o desgaste que vive, hoje, o sistema educacional”. Outros exemplos de como a patologização da vida aparece no campo da infância: tomar a agitação e a impulsividade de uma criança como sinais de um Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, ou a pouca submissão à autoridade e às regras que regem os ambientes sociais e familiares serem interpretadas como sintoma de Transtorno Opositivo Desafiador¹⁴.

A medicalização da vida é um processo que transforma questões de ordem social, política, cultural em “distúrbios”, “transtornos”, atribuindo ao indivíduo uma série de dificuldades que o inserem no campo das patologias, dos rótulos, das classificações psiquiátricas¹⁷.

Na patologização e medicalização da infância é comum restringir o olhar somente para os sintomas da criança, o que aponta a um questionamento importante: No que implica classificar determinados comportamentos, sinais e sintomas como doenças mentais na infância? Justificar o comportamento da criança em função de uma doença significa dizer que esta não tem qualquer participação ou intenção nas suas ações, ou seja, que seu comportamento está previamente determinado por um transtorno. Isso exclui toda relação que possa haver com o seu contexto social e familiar, limitando as ações de cuidado oferecidas pelos profissionais de saúde, desresponsabilizando a família e deixando a criança “isolada” com seu “transtorno”.

Observe, a seguir, os principais riscos da medicalização psicotrópica na infância¹⁸:

- O uso e efeitos de medicamentos como antidepressivos e antipsicóticos na infância têm evidências frágeis, pois a maioria dos estudos foram realizados em populações adultas, tendo seus resultados extrapolados para o público infantil, sem devidas pesquisas.
- Poucas pesquisas conseguem verificar efeitos de melhoria a longo prazo pelo uso de medicações psicotrópicas em crianças.



- Medicação pode mascarar as causas das dificuldades que a criança apresenta em suas manifestações comportamentais.

IMPORTANTE

Não ignore casos que realmente necessitem de medicação psicotrópica. No entanto, medicação ou diagnóstico de uma criança como portadora de um transtorno mental é um ato de muita responsabilidade. A decisão deve ser tomada por uma equipe multiprofissional em conjunto com a rede de atenção à saúde. Recomenda-se que o caso seja discutido junto aos profissionais da EMulti e/ou do CAPSi do seu território antes de iniciar a medicação, lembrando que a função da medicação psicotrópica na infância muitas vezes é acessória, ou seja, serve para controlar sintomas periféricos como agressividade e ansiedade. É importante considerar as alterações de comportamento e/ou o sofrimento da criança para além do conjunto de sinais e sintomas aparentes. Nesse sentido, cabe considerar o contexto sócio familiar da criança, identificando assim, possíveis fatores relacionados ao desenvolvimento destes sintomas. Perguntar aos pais ou cuidadores, à escola e à própria criança sobre suas preocupações e sobre o seu cotidiano, significa considerar que esses comportamentos podem ser resultado de algum fator externo, portanto, o comportamento pode ser a forma da criança expressar seu sofrimento.

2.4- Estratificação de Risco em Saúde Mental

A Estratificação de Risco em Saúde Mental deve seguir parâmetros de acordo com os sinais e sintomas apresentados, que poderão auxiliar na definição do nível de atenção em que deverá ocorrer a assistência em saúde no momento em que é aplicada. Tal prática pode prevenir e impedir recorrências que possam agravar o quadro levando a incapacidades, assim como diminuir o impacto da doença sobre o indivíduo, seus familiares e a sociedade.

Esse instrumento pode ser utilizado por profissionais de nível superior (médico, enfermeiro ou psicólogo) o qual possibilita o planejamento do cuidado com o usuário, na medida em que distribui a demanda de assistência nos respectivos níveis de complexidade de serviços, visando a otimização dos recursos, evitando a sub oferta de cuidados em um serviço e a sobrecarga em outros.

Cabe ressaltar que nem sempre os pacientes com quadros graves e persistentes exigirão assistência em nível secundário ou terciário, assim como pacientes com quadros leves poderão em algum momento apresentar agravamento que necessite de atendimento mais especializado.

Nas situações de crise ou surto psicótico e a ocorrência recente de tentativa de suicídio (situações de urgência), a primeira medida é de estabilização do evento agudo para posteriormente estratificar e iniciar o cuidado na perspectiva longitudinal.



Para facilitar, propõe-se a estratificação de risco de acordo com os sinais e sintomas, e fatores agravantes ou atenuantes de problemas de saúde mental, seguindo tabela de pontuação, cujo somatório indicará os graus de risco apresentados (baixo, médio, alto).

Construído em 2014, o Instrumento de Estratificação de Risco em Saúde Mental foi revisado em 2020 a partir de contribuições do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (Cosems/PR), das Regionais de Saúde e dos municípios, visando qualificar o compartilhamento do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção especializada em saúde mental. É uma ferramenta que amplia o olhar técnico e facilita o dimensionamento da demanda em saúde mental no território.

O instrumento deve ser aplicado com todos usuários que evidenciem ou relatem algum sofrimento mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou qualquer outra condição de saúde em que a identificação de risco em saúde mental possa determinar ações em saúde e trazer benefícios. O instrumento contempla a avaliação de criança, adolescente, adulto ou idoso, ou seja, todas as faixas etárias.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL			
Nome do usuário:			
Ocupação:			
Nome e inscrição profissional (profissional que realizou atendimento):			
Serviço de saúde:			Número de Prontuário:
Instruções de preenchimento ¹ :			
1) Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses;			
2) Todos os grupos devem ser preenchidos;			
3) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;			Data:
4) Realize a somatória dos números circulados;			
5) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.			
	SINAIS E SINTOMAS	NÃO	SIM
	Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)	0	2
	Crises conversivas (distúrbios sensoriais sem base física) e/ou dissociativas (alteração da qualidade da consciência, estreita/rebaixada)	0	2
	Alterações do apetite ou do comportamento alimentar	0	2
GRUPO I	Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem	0	2
	Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas	0	2
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos	0	2
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais pode não haver vinculação com a realidade)	0	4
	Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	0	4
	Prejuízo da atividade sexual (perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros)	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento ² ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	0	10

¹ Realizada preferencialmente pelo profissional de nível superior e vinculada à elaboração do plano de cuidados e/ou ao Projeto Terapêutico Singular.

² Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência



GRUPO II	Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	0	4
	Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	0	6
	Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo	0	8
	Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	0	4
	Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	0	4
	Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
	Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	0	8
	Alucinação (percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa, ou tátil sem a presença de objetos reais)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	0	6
	Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	0	8
	Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	0	2
GRUPO III	<i>Delirium tremens</i> (diminuição do nível da consciência, tremores, febre, sudorese, alucinações de pequenos insetos e animais e outros sintomas que surgem após 72 horas de abstinência alcoólica)	0	10
	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
	Incapacidade de redução e controle do uso de substâncias psicoativas (mantém o uso apesar do prejuízo)	0	8
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros sob efeito de substâncias	0	8
	Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)	0	6
Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	0	8	
GRUPO IV	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6
	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4
	Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	0	4
	Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	0	4



GRUPO V	Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	0	4
	Testemunha de violência	0	2
	Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
	Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)	0	6
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde	0	4
	Vulnerabilidade social	0	2
	Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
	Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada	0	4
	Faixa etária menores de 18 anos e maiores de 60 anos	0	6
	Abandono e/ou atraso escolar	0	2

PONTUAÇÃO	RISCO	PONTUAÇÃO TOTAL:
0 a 40	BAIXO RISCO	
42 a 70	MÉDIO RISCO	
72 a 240	ALTO RISCO	ESTRATIFICAÇÃO:
Condições Especiais	Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos), deficiência intelectual moderada ou severa.	
Eventos agudos	Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.	

Autoria de Aline Pinto Guedes, Débora de F. Gueff Wainrich, Flávia Caroline Figel, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Souza, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelien Letícia Gonçalves, Vanessa Carvalho de Souza Leal, Wladimir Cid Bastos Gonçalves.
Colaboração: Técnicos das regionais de saúde e COSEMS.

DESCRITORES:

Com a finalidade de auxiliar na escolha dos parâmetros que definirão o nível em que ocorrerá a assistência em saúde e lembrando que o planejamento da estratificação de risco da população alvo foi realizada considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados, sem a necessidade de firmar diagnóstico inicial, somada às condições de vida atual do usuário; a seguir apresentamos os descritores dos sinais e sintomas identificados durante as entrevistas de acolhimento da demanda de assistência em saúde.

GRUPO I Sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns ou menores	
Também caracterizados por englobar quadros mais leves como os depressivos, ansiosos e somatoformes classificáveis nos manuais diagnósticos, além de abranger múltiplos sintomas. Causam prejuízos e incapacidades funcionais, sociais e físicas comparáveis ou mais graves que os transtornos crônicos, duas vezes mais queixas de doenças físicas, altas taxas de mortalidade quando comparados com a população em geral, além de ser uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de pânico (morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle).	Sentimento de medo, agudo ou prolongado, acompanhado ou não de manifestações físicas cuja causa não é localizável ou identificável. Inclui episódios de pânico (sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle).
Insônia ou hipersonia	Dificuldade de adormecer ou de manter-se adormecido, acordar precocemente ou uma sensação de sono não renovador. Hipersonia é a sonolência excessiva durante o dia e/ou sono prolongado a noite.
Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)	Medo excessivo em relação a algum objeto, animal ou situação.
Crises conversivas	Conjunto de manifestações de comportamento, das sensações em que o indivíduo pode ter movimentos corporais bizarros, parecidos com convulsões, imobilidade (paralisia) ou anestesia de membros e/ou sensação de perda de alguma função como a fala, audição ou visão.
Crises dissociativas	Semelhante a convulsões epilêpticas, manifestando-se por alteração da qualidade da consciência em que esta se estreita ou se rebaixa, porém sem uma causa biológica explicável, levando o indivíduo a fazer uma amnésia seletiva de fatos, de lugares, de si mesmo, de pessoas e/ou de fatos psicologicamente significativos.
Alterações do apetite ou do comportamento alimentar	Inclui perda ou aumento do apetite de maneira significativa, além de compulsões alimentares, dietas restritivas e/ou indução de vômito ou diarreia.
Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem	Preocupação excessiva em perder peso ou alterações da imagem corporal, que ocorrem quando o usuário não identifica corretamente seu padrão corporal.
Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas	Sensações corporais muito frequentes e/ou sensações e sinais físicos triviais interpretados como anormais e perturbadores levando a um temor de estar com alguma doença que não tenha causa



	biológica explicável. Costumam levar o indivíduo a obter atenção de terceiros ou outro ganho secundário
Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos	Pensamentos ou atos em geral incompreensíveis, inevitáveis e indesejáveis pelo próprio indivíduo, julgados por ele como absurdos e irracionais. São exemplos: a reflexão demorada e persistente de ideias, os rituais de verificação (ex. checar várias vezes se a porta está trancada) e os de limpeza (ex. lavar a mão excessivamente, algumas vezes a ponto de se lesionar). Tais comportamentos costumam ser realizados para aliviar algum desconforto emocional subjetivo.
Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais não há vinculação com a realidade)	São crenças pessimistas em que o indivíduo se autoacusa de acontecimentos diversos os quais não tem responsabilidade direta. Em geral se acompanham de sentimentos depressivos e podem evoluir para ideias desconectadas da realidade.
Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	Sentimentos de tristeza observados ou referidos pelo indivíduo que são acompanhados de prolongada ausência de vontades e desejos, com inibição global do funcionamento mental, sem necessariamente ter uma causa definida.
Prejuízo da atividade sexual	Quando há relatos de dificuldades para estabelecer relações sexuais, que podem incluir perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros.
Desorientação temporal e espacial	Prejuízo ou incapacidade de a pessoa reconhecer a data (dia, mês e ano) atual e o local em que se encontra.
GRUPO II	
Sintomas relacionados aos transtornos mentais severos e persistentes	
Se definem por uma gama extensa e heterogênea de características e necessidades que impactam sobre indivíduos tendo em comum a duração do problema, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico. Grande parte dos indivíduos aqui agrupados são pessoas com transtornos psicóticos –esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras psicoses.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Ideação suicida sem planejamento	É a intenção de matar-se. Tema que deve ser abordado em qualquer investigação de sofrimento psíquico, permitindo ao usuário falar do assunto para que o risco de suicídio seja avaliado.
Ideação suicida com planejamento ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	Intenção de matar-se somada ao planejamento da ação. Caso haja acesso aos meios para concretizá-la, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação, o usuário deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência. O histórico de tentativa de suicídio nos últimos 12 meses deve ser avaliado, pois é o maior fator de risco para o suicídio.
Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	Pouca expressão de emoções e afetos; quando há relatos de isolamento, quando a pessoa deixa de frequentar locais ou interagir com pessoas com quem mantinha vínculo próximo.



Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	Comportamentos impulsivos, imprevisíveis, dificuldade em lidar com a frustração, muitas vezes realizando ações de auto ou heteroagressões.
Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo	A heteroagressividade é a alteração de conduta em que o indivíduo usa práticas de violência verbal ou física contra os outros ou contra objetos. O comportamento autolesivo é a alteração de conduta em que o indivíduo realiza ações de violência física contra si (cortes, beliscões, queimaduras, entre outros).
Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	Alteração de comportamento em que o indivíduo perde a noção de pudor, com atitudes exageradamente sedutoras ou consideradas obscenas, como por exemplo, exposição dos órgãos genitais. Em geral se acompanham de sentimentos de euforia e/ou de grandeza.
Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	Aumento da atividade motora associada ou não a ações involuntárias, automáticas, sem reflexão ou ponderação, em geral incontroláveis, e sem objetivo específico, podendo levar a exaustão.
Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico	Elevação desproporcional do humor compreendida como uma alegria patológica em que o indivíduo está demasiado otimista, motivado, exaltado, comunicativo. Pode apresentar pressão para falar sem parar resultando num discurso acelerado, contagiante, repleto de brincadeiras e gesticulações. O indivíduo pode expressar vivências exageradas de qualidades pessoais, poder, ganho, grandeza e sucesso relacionados a si mesmo.
Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	Distúrbio do conteúdo do pensamento em que o indivíduo tem ideias em desacordo com a realidade (cria, distorce ou dá falso significado). Essas são crenças das quais ele tem absoluta convicção, sendo irremovíveis e não influenciáveis.
Alucinação	Alteração da percepção visual, auditiva, olfativa, gustativa ou tátil que é clara e definida apesar de o objeto não estar presente na realidade.
Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	Aceleração/lentificação nas respostas, sensação de interrupção do pensamento, ou ainda crença de que outras pessoas ouvem ou percebem seus pensamentos e/ou que seu pensamento foi roubado da mente (alteração no curso). Fuga de ideias, pensamentos que deixam de seguir uma sequência lógica ou perda de coerência (alterações da forma).
Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	Alteração do pensamento em que há um julgamento falso ou distorcido da realidade motivado por fatores psíquicos patológicos, que se evidencia principalmente quando há alucinações e delírios. Em geral se acompanha de perda das capacidades de autogerenciamento.
Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	Dificuldade ou incapacidade para recordar fatos ocorridos antes, durante ou após um determinado ponto no tempo.

GRUPO III	
Sintomas relacionados à dependência de álcool e outras drogas	
<p>Englobam o abuso e dependência de substâncias psicoativas (drogas) que quando utilizadas alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental ou psiquismo. Inclui o uso de depressores do Sistema Nervoso Central (álcool, benzodiazepínicos, opiáceos e inalantes), os psicoestimulantes (anfetaminas e cocaína/crack) e os alucinógenos (maconha, LSD, êxtase). A dependência caracteriza-se por reações físicas ou psíquicas que incluem ingestão excessiva de drogas psicoativas, de modo contínuo ou periódico, para experimentar seus efeitos psíquicos e/ou evitar o desconforto de sua falta (abstinência); abandono progressivo de prazeres e interesses e persistência do uso apesar dos prejuízos decorrentes.</p>	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
<i>Delirium tremens</i>	Psicose orgânica reversível que dura de 2 a 10 dias e que resulta da interrupção da ingestão de bebida alcoólica. Inicia-se geralmente 72 horas após a ingestão da última dose de bebida alcoólica, e manifesta-se com diminuição do nível da consciência, confusão mental, desorientação no tempo e espaço, tremores de extremidade e generalizados, insônia, febre, sudorese abundante, ilusões e alucinações visuais e táteis (pequenos insetos e animais) podendo levar à morte pela desidratação e outras complicações.
Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	Alterações físicas e psicológicas caracterizadas por sintomas como mal-estar, ansiedade, irritabilidade, hipertensão, insônia, náusea, agitação, taquicardia, etc. Podem surgir minutos ou horas após a privação do consumo de álcool ou outras drogas psicoativas. Tremores finos observáveis nas mãos, pernas e língua e hálito e/ou suor com cheiro de álcool são observadas na dependência ao álcool bem como fissura (desejo) pelo uso da droga, inquietude e comportamento de busca, ansiedade, irritabilidade podem ser observados na interrupção do uso de psicoestimulantes como a cocaína.
Incapacidade de redução e controle do uso de drogas	Situação em que o indivíduo, apesar dos prejuízos pessoais sofridos em decorrência da ingestão de álcool ou drogas, continua o uso dos mesmos.
Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros	Atitudes pessoais que colocam o indivíduo em risco de morrer, de causar danos para outros, de sofrer prejuízo físico, emocional ou moral. Ex: dirigir embriagado, relação sexual desprotegida, intoxicação alcoólica aguda, coma alcoólico, abandono de higiene e alimentação.
Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)	Necessidade de ingerir quantidades de substâncias psicoativas progressivamente maiores para obter o mesmo efeito observado inicialmente em pequenas quantidades.
Uso abusivo de substâncias psicoativas	Padrão de uso de psicofármacos, álcool ou outras drogas que causa prejuízo ou dano real à saúde, à vida social e profissional do usuário; sem que se observem tolerância, abstinência e sinais e sintomas de abstinência presentes em casos de dependência química.
Substância psicoativa (SPA)	Substância química que atua diretamente no sistema nervoso central causando alterações na função cerebral com consequente modificação no pensamento, no humor, nas percepções, no



	comportamento e/ou na consciência. Com diferentes capacidades de causar dependência, têm utilidade e significados diferentes para aqueles que as consomem.
GRUPO IV	
Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência	
Grupo heterogêneo de transtornos, cujo desenvolvimento é mais comum durante a infância e/ou adolescência. Algumas destas afecções constituem síndromes bem definidas, enquanto outras são simples associações de sintomas; mas devem ser identificadas em função de sua frequência e de sua associação com uma alteração do funcionamento psicossocial.	
SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	Pode ser dificuldade da fala, da escrita, da expressão facial, da gesticulação corporal, do aprendizado e da compreensão, observados com maior frequência no período escolar.
Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	São gestos, trejeitos, tiques, maneirismos, posturas que são repetidas ou, ao contrário, são mantidas por longos períodos, mas sem um propósito específico ou objetivo aparente.
Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	Dificuldades para reter o conhecimento escolar, dificuldades no aprendizado e leitura, atraso no desenvolvimento de habilidades educacionais.
Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	Dificuldade para realizar atividades esperadas para sua idade, decorrente de limitações no desenvolvimento neuropsicomotor (ex. Criança de seis anos que não consegue segurar o lápis com firmeza).
Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	Indivíduo que não estabelece contato com outras pessoas e pouco interage com seu círculo familiar/social (restrito ou escasso contato visual, oral e/ou tátil). Pode apresentar rejeição às mudanças na rotina, com comportamentos opostos a estas.
Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	Padrão de comportamento caracterizado por falta de atenção, resultando em desorganização, distratibilidade, esquecimentos e dificuldade de planejamento.
Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	Padrão de comportamento desafiante e desobediente, ocorre recorrentemente e pode ser direcionado às figuras de autoridade ou colegas e pode associar-se a comportamentos agressivos e vingativos.
Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	Tendência a apresentar comportamentos ou reações afetivas características de épocas anteriores ao atual nível de desenvolvimento e experiência pessoal (também denominado puerilismo ou infantilismo afetivo) e/ou manifestações precoces de sexualidade inconsistente com o período de desenvolvimento. Inclui enurese, encoprese, pesadelo e terror noturno.
GRUPO V	
Fatores que podem se constituir em agravantes de problemas de saúde mental já identificados	
Refere-se à condição de vida atual do usuário sendo baseados nos fatores de risco e proteção.	



SINAIS E SINTOMAS	DESCRIÇÃO
Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	Resposta inefetiva a diversos tratamentos administrados de maneira adequada, seja por não aderência do usuário, por permanência dos sintomas, ou por evidências de fracasso nos tratamentos psiquiátricos anteriores.
Recorrência ou Recaída	Retorno da atividade de uma doença após um período de pelo menos 02 meses em que houve remissão (desaparecimento) completa dos sintomas. Pode ser uma manifestação clínica ou laboratorial. Um 1º episódio é considerado único, episódios subsequentes são "recorrentes" ou "recidivantes".
Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	Quando o indivíduo convive repetidamente ou por tempo prolongado, com eventos ou circunstâncias em sua vida pessoal, familiar, profissional ou social, ou, ainda, quando passou por evento traumático, que gerem alteração, reação ou sofrimento emocional inevitável e acima do individualmente suportável.
Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	Quando não há familiares e/ou pessoas de sua comunidade disponíveis para prestar alguma assistência, supervisão, monitoramento ou encaminhamento para tratamento; com ou sem tendência a manter-se afastado do convívio e/ou contato familiar ou social.
Testemunha de violência	Pessoa que assistiu de forma presencial ato de violência física contra terceiros.
Autor ou vítima de violência interpessoal	Pessoa que sofreu ou cometeu ato de violência física contra terceiros.
Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)	Quando o indivíduo perdeu a capacidade de gerenciar sua vida, necessitando auxílio constante de outras pessoas.
Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde	Quando o indivíduo tem alteração ou condição de saúde que interfere diretamente e progressivamente em seu desempenho de atividades funcionais, ocupacionais e sociais. Um exemplo é uma pessoa que adquire uma doença e passa a ter limitações decorrentes da evolução da mesma.
Vulnerabilidade social	Situação de pessoas ou grupos com dificuldades devido a condições socioeconômicas, de moradia, educação, trabalho, acesso, oportunidades e fatores como gênero, raça/cor/etnia, migração, entre outros que interferem na qualidade de vida.
Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	Quando algum familiar direto do usuário possui algum transtorno mental, podendo incluir dependência química a álcool ou outras drogas e histórico de tentativas de suicídio.
Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada	Quando uma ou mais doenças ou condições crônicas estão presentes ao mesmo tempo que o transtorno mental.
Faixa etária > 60 anos e < de 18 anos	Pessoa com idade cronológica superior a 60 (sessenta) anos e inferior a 18 (dezoito) anos.
Abandono e/ou atraso escolar	Quando o aluno deixa de ir à escola ou está em atraso de no mínimo 02 (dois) anos consecutivos do



		período escolar.
CONDIÇÕES ESPECIAIS	São condições que exigem maior atenção e cuidado da equipe independentemente do risco identificado pelo instrumento.	<ul style="list-style-type: none"> • GESTAÇÃO E MATERNIDADE RECENTE²; • GRUPOS VULNERÁVEIS (EX: INDÍGENA, LGBTQIA+, MIGRANTE, PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA, POPULAÇÃO EXPOSTA A AGROTÓXICOS) • DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL MODERADA OU SEVERA.
EVENTOS AGUDOS	Nestas situações não se faz estratificação de risco, pois são consideradas situações de urgência para as quais deve ser aplicada a classificação de risco como em qualquer outro evento agudo	<ul style="list-style-type: none"> • TENTATIVA DE SUICÍDIO; • CRISE; • SURTO PSICÓTICO.

Após a pontuação na estratificação de risco, a equipe deve discutir quais medidas podem ser tomadas para que esse usuário tenha o cuidado adequado à sua condição atual e seu contexto. Sendo a APS a coordenadora do cuidado na RAS, o cuidado em saúde mental deve permanecer e ser compartilhado com os demais pontos de atenção independentemente do risco atual.

Orienta-se que casos de risco baixo sejam atendidos na APS, enquanto que o risco médio e alto seja atendido na atenção especializada em saúde mental, que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Casos de alto risco se beneficiam de um cuidado mais intensivo, como o ofertado pelo CAPS, porém essa decisão depende dos serviços disponíveis no território e seu público-alvo (atendimento infantojuvenil ou adulto, atendimento exclusivo para transtornos mentais ou exclusivo para necessidades relacionadas ao uso de álcool/drogas). Também deve ser considerado a facilidade de acesso pelo usuário, a distância e a frequência de atendimento em um serviço regional.

2.5- Acolhimento e primeiro atendimento na Atenção Primária à Saúde

2.5.1- Cuidados centrados na pessoa

A Atenção Primária à Saúde contribui para a ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental à população. É importante que haja inclusão da pessoa e da sua família nas decisões clínicas, considerando sua história e favorecendo o acolhimento e o vínculo entre quem cuida e quem é cuidado. Desse modo, a abordagem precisa levar em conta as necessidades, as preferências e as escolhas das pessoas⁵. O Método Clínico Centrado na Pessoa⁵ pressupõe que o profissional de saúde atue em favor do empoderamento do sujeito, compartilhando com ele as decisões sobre o seu

cuidado. Nesse modelo, procura-se desviar o foco de exames e ferramentas de rastreio de risco psíquico, para dar lugar à perspectiva da pessoa sobre seu processo de adoecimento dentro de uma avaliação integral, incluída em sua família e comunidade. O método clínico centrado na pessoa está estruturado em seis componentes, que são complementares entre si. É importante que o profissional identifique o momento adequado para lançar mão de um ou outro componente, de acordo com a sua interação no acompanhamento da pessoa e família⁶. Tomando como base os seis componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa, é importante⁵:

- Entender a pessoa como um todo;
- Elaborar um plano conjunto de manejo de problemas;
- Incorporar prevenção e promoção de saúde;
- Intensificar o relacionamento entre a pessoa e o profissional de saúde;
- Explorar a doença e a experiência de adoecimento;
- Ser realista.

Entende-se que este método pode ser um recurso na suspeita, identificação e manejo de problemas no desenvolvimento infantil, na medida em que:

- Trabalha com a perspectiva da criança e da sua família, entendendo que as preocupações dos pais ou cuidadores sobre o desenvolvimento da criança contribuem para a detecção de problemas no desenvolvimento infantil;
- Possibilita desprender-se do modelo biomédico organicista oferecendo novas perspectivas nos casos em que se é incapaz de prever prognósticos;
- Considera as ideias, preocupações e expectativas da família, auxiliando no fortalecimento do vínculo;
- Possibilita suporte em diversos momentos do itinerário assistencial de crianças, desde a suspeita de problemas no desenvolvimento e vivência dos lutos do filho idealizado, até as diversas intercorrências da fase crônica de reabilitação.

2.5.2- Escuta qualificada da família, dos cuidadores e da criança

Conhecer e considerar o contexto de vida, a dinâmica familiar, a cultura, as crenças e as atitudes comportamentais dos pais ou cuidadores, profissionais e setores demandantes é fundamental no processo de identificação de um possível problema ou dificuldade que os mesmos estejam vivenciando. É importante que a equipe de APS realize uma escuta qualificada, buscando dar espaço de fala à família e de expressão para a criança, trabalhando a construção do vínculo. Valorizar os



anseios, queixas e dúvidas possibilitam que a família e a criança se sintam ouvidas, auxiliando no estabelecimento de vínculo e de uma relação terapêutica satisfatória^{7,8,9,10}.

A escuta qualificada compreende estar atento à história que a família e a criança narram sobre si, reconhecendo o quanto esta narrativa torna singular o quadro de saúde atual. Os problemas de saúde mental na infância, como por exemplo, os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), são experimentados de maneiras diferentes por cada família^{7,8}.

Quadro 1 - Ações para escuta qualificada

Ação	Descrição
Facilitar a comunicação com o paciente	Chamar a pessoa pelo nome; ouvir atentamente; criar vínculo; evitar interromper o paciente; fazer perguntas abertas; utilizar linguagem compreensível; fornecer informações; negociar um plano de cuidado e mudanças de comportamento possíveis; desenvolver uma compreensão compartilhada sobre a situação. Em se tratando de crianças, o profissional poderá recorrer a recursos lúdicos para favorecer a comunicação como, por exemplo, oferecer papel e lápis de cor à criança e pedir que faça um desenho para demonstrar como se sente, ou oferecer objetos e brinquedos simples e se comunicar através do brincar.
Levantar informações sobre a história de vida	Dados sobre a gestação, o nascimento, os primeiros anos de vida, sono, alimentação, controle de esfíncteres, a relação com outras crianças, os marcos de desenvolvimento, o ingresso na creche e escola, dentre outros.
Conhecer a configuração familiar	Quem mora na casa, laços familiares, relações com amigos, quem se ocupa prioritariamente do cuidado; considerar o contexto de vida e a dinâmica familiar, a cultura, as crenças e as atitudes comportamentais dos pais/cuidadores; interesses da pessoa e da família de um modo geral.



Entender a rotina diária	Creche, escola ou grupo social, dia a dia, autonomia
Investigar história clínica	Intercorrências de saúde, hospitalizações.
Compreender a história do sofrimento atual	Saber desde quando começaram as alterações de comportamento e indicativos de sofrimento psíquico; buscar fatores que agravam o atual estado psíquico da criança ou adolescente.

Fonte: Ministério da Saúde, 2015⁷.

2.5.3- Perguntas norteadoras

Sugestões de perguntas para explorar e conhecer melhor o contexto do bebê, da criança e da família ou cuidadores e identificar fatores de risco para o desenvolvimento emocional

- A criança olha para os olhos da mãe ou cuidador? Tenta olhar?
- Quando a criança chora ou grita, os pais ou cuidadores buscam entender o que ela quer?
- A criança responde quando chamada pelo nome?
- A criança tenta chamar a atenção dos pais ou cuidadores?
- A criança imita os pais? (Por exemplo, a mãe faz uma careta e a criança a imita?)
- A criança já usou o dedo indicador dela para pedir alguma coisa ou indicar interesse em algo?
- A criança tenta provocar os pais ou cuidadores para interagir e se divertir? Ela se interessa e tem prazer nesta brincadeira?
- A criança brinca de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca?
- A criança brincava ou brinca de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?
- A criança brinca com outras crianças? Ela interage?
- Os pais ou cuidadores brincam com ela?
- A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa?
- Os pais ou cuidadores falam com a criança dirigindo-lhe pequenas frases?
- Os pais ou cuidadores alguma vez pensaram que seu filho é surdo?
- Como está a relação da criança com a família, com a creche ou escola?
- Como está a rotina de sono da criança? Ela dorme bem? Quantas horas por dia? Quais os horários?
- A criança faz atividades físicas, esportes?
- Como que a criança lida com coisas fora da rotina?
- Quantas horas por dia a criança fica exposta a eletrônicos, celular, outros?



- Está acontecendo alguma mudança na rotina da criança? Em caso de comportamentos agressivos ou opositivos, estas mudanças podem estar associadas?
 - A família está passando por algum problema?
 - Os pais ou cuidadores fazem algum tratamento de saúde?
 - Há histórico de problemas de saúde mental na família?
 - Os pais ou cuidadores fazem uso de álcool ou outras drogas?
 - Se a criança está com dificuldades na aprendizagem, foi realizado contato com os professores?
- Importante observar se as estratégias de ensino estão adequadas para a criança.

2.5.4- Aspectos importante para abordar a criança

É essencial que o profissional de saúde realize perguntas simples e abertas diretamente para a criança, aproveitando o relato que a mãe, pai ou cuidador trazem, juntamente com suas preocupações. Abaixo seguem alguns exemplos:

- O que você acha que está acontecendo?
- O que você acha que dá para fazer com esse problema?
- A quem você pede ajuda quando está com dificuldade?

É possível que a criança traga informações diferentes do relato da mãe, pai ou cuidador, que devem ser consideradas na avaliação do profissional.

- Utilize recursos como desenhos, jogos, brincadeiras, que podem auxiliar na comunicação e facilitar o vínculo;
- Ofereça espaço para a criança, sem a presença dos pais ou cuidadores;
- Marque retornos em prazos mais curtos, para revê-la e avaliar se a comunicação evoluiu.

2.6- Acompanhamento do desenvolvimento da primeira infância

2.6.1- Caderneta de saúde da criança

A Caderneta de Saúde da Criança⁴ é o instrumento recomendado para o acompanhamento do desenvolvimento integral da criança, do nascimento até os nove anos. Ela deve ser o principal norteador das equipes de APS durante a puericultura. A partir dos dez anos a caderneta a ser utilizada é a do adolescente.

A caderneta, através dos “marcos do desenvolvimento”, possibilita ao profissional acompanhar mês a mês o desempenho afetivo, psicomotor e emocional da criança. Todas as avaliações do desenvolvimento devem ser registradas na Caderneta de Saúde da Criança durante seu

seguimento. Por ser um documento que permite registrar os fatos mais significativos da saúde infantil, agrega o potencial de facilitar a comunicação entre os profissionais inter e intraserviços.

Para os pais ou cuidadores, a Caderneta de Saúde da Criança oferece orientações para a observação da criança e para o auxílio no seu desenvolvimento com afeto, além de favorecer o diálogo dos profissionais com a família, que se sente fortalecida uma vez que o seu conteúdo oportuniza reconhecer os direitos sociais advindos da maternidade/paternidade e identificar os deveres no cuidado com a saúde da criança⁴. Vale ressaltar que a observação contínua de quem cuida é muito importante e subsidia e complementa a avaliação pelo profissional no momento da consulta.

Estudos têm apontado que em relação ao preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança os aspectos do crescimento são mais privilegiados pelas equipes de APS. Dessa forma, destaca-se a necessidade de maior atenção ao instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil. A Caderneta de Saúde da Criança está disponível em:

Menina:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_7ed.pdf

Menino:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_passaporte_cidadania_7ed.pdf

2.6.2- Acompanhamento do recém-nascido, sua família e cuidadores

Na APS pelo atributo da longitudinalidade, a equipe que realiza o pré-natal é a mesma que seguirá acompanhando a família durante a puericultura²⁰. Os primeiros atendimentos ao recém-nascido são realizados através de consulta e visita domiciliar. Desta forma, inicia-se o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, além de serem ofertados os cuidados imediatos com a puérpera. Ações realizadas pela equipe de Atenção Primária nos primeiros atendimentos do recém-nascido e de sua família^{20,12}:

- Verificar se a criança recebeu a caderneta de saúde da criança na maternidade e fazer todos os registros da primeira consulta. Informar aos pais ou cuidadores sobre os objetivos da caderneta e mostrar as partes que são especialmente dedicadas à sua leitura.
- Coleta do Teste do Pezinho (idealmente entre o 3º e o 5º dia de vida);
- Vacina BCG e Hepatite B (checar esquema vacinal e encaminhar para sala de imunização, caso não tenha realizado);
- Exame físico completo do bebê;
- Apoio ao aleitamento, através da avaliação da técnica e da condição das mamas;
- Avaliação de lóquios e feridas cirúrgicas;

- Observação da interação mãe-pai-bebê;
- Apoio à puérpera e ao pai ou cuidadores;
- Resposta às dúvidas e orientação aos pais ou cuidadores;
- Visita domiciliar ao recém-nascido e à puérpera preferencialmente na primeira semana pós-parto.
- Agendamento ou realização de consulta do bebê de acordo com a avaliação do risco: – Verificar o Cartão de Referência da Maternidade quanto ao registro de risco social e/ou biológico (RNR), segundo códigos da Declaração de Nascido Vivo. – Avaliar o risco do bebê (icterícia, secreções, má sucção e outras): em caso de risco, consulta imediata e/ou agendamento de consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, dentro da 1ª quinzena de vida.
- Agendamento ou realização de consulta da puérpera de acordo com a avaliação do risco (ideal que seja atendida até 20 dias pós-parto);
- Verificação do uso de Imunoglobulina Anti-Rh na maternidade, no caso da mulher Rh negativo (com parceiro Rh positivo);
- Orientação, oferta e avaliação do método contraceptivo que será escolhido;
- Verificação da situação vacinal para hepatite B, tétano e tríplice viral, completar ou iniciar esquema vacinal);
- Caso criança seja prematura, verificar se está sendo atendida no ambulatório de seguimento da maternidade de origem, para atendimento compartilhado.
- Agendamento de consulta odontológica para avaliação da saúde bucal;
- Estímulo à continuidade do cuidado, através do acompanhamento da criança nas consultas de puericulturas subsequentes. Em relação à puérpera, destaca-se que o puerpério corresponde a um momento em que a mulher passa por mudanças e alterações no âmbito social, familiar, psicológico e físico. A gravidez e o parto atuam muitas vezes, como fatores desencadeantes de sofrimento psíquico, especialmente se vierem acompanhados de acontecimentos adversos.

Leia mais sobre saúde mental no puerpério:

Caderno de Atenção Básica, nº 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco.

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

2.6.3- Acompanhamento do desenvolvimento da primeira infância

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento realizado pelas equipes de Atenção Primária à Saúde tem ênfase no acesso, na atenção longitudinal e integral, na coordenação do cuidado e no fortalecimento do vínculo familiar¹³.

A seguir, elencam-se alguns pontos importantes para o acompanhamento do desenvolvimento infantil^{20,14,15}:

- As crianças se desenvolvem à medida que crescem, a partir do cuidado promovido pela sua família ou cuidadores que são responsáveis pela alimentação, proteção, comunicação e entendem melhor suas necessidades através do convívio e afeto.
- As crianças veem e ouvem desde o seu nascimento, desta forma, elas precisam ter a oportunidade de usar seus sentidos visuais, auditivos e táteis. Os brinquedos são ótimos recursos para o seu desenvolvimento e promovem a aproximação com os seus cuidadores dentro de um ambiente seguro. Mexer-se, ter coisas para tocar e explorar o ambiente ajudam no estímulo do desenvolvimento cerebral da criança, que irá aprender o que é macio, duro, quente, frio, seco, áspero.
- É essencial estimular e apoiar o aleitamento materno, que possui um papel importante para o desenvolvimento cerebral da criança, além de imunizá-la e torná-la mais forte, capaz de explorar e aprender. Fique atento para os casos de desnutrição e obesidade.
- É importante propiciar, desde cedo, experiências que favoreçam o desenvolvimento da criança nas diversas áreas, para que a mesma adquira autoconfiança, autoestima e desenvolva capacidade de se relacionar com outras crianças, a família e a comunidade.
- O crescimento e o desenvolvimento da criança são importantes indicadores de saúde e sofrem influência de fatores biológicos, ambientais, culturais, econômicos e sociais.
- A identificação oportuna de atraso no desenvolvimento da fala, dificuldades na interação, na comunicação e no aprendizado, e presença de sinais de isolamento social, pode indicar a necessidade de intervenção imediata e influenciar no prognóstico dessas crianças.
- As informações e opiniões dos pais ou cuidadores, dos professores da creche e da escola, devem ser consideradas nas avaliações do desenvolvimento infantil. Preocupações dos responsáveis sobre a linguagem, comportamento ou outra dimensão do desenvolvimento da criança trazem sensibilidade e especificidade na detecção de problemas no desenvolvimento infantil.

2.6.4- Estado nutricional e desenvolvimento infantil

A alimentação afeta diretamente o estado nutricional, apresentando efeitos no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, com evidências que apontam que o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento cognitivo. No contexto do desenvolvimento infantil, estados de desnutrição desempenham um papel importante na ocorrência de déficits nas áreas mais diversas do desenvolvimento.



O estado nutricional resulta do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para prover as necessidades nutricionais, e pode ter três tipos de manifestações: Adequação Nutricional (Eutrofia); Carência Nutricional; e Distúrbio Nutricional, que contempla problemas relacionados com o consumo inadequado de alimentos, tanto por escassez quanto por excesso, como a desnutrição e a obesidade³⁰.

Possíveis consequências da desnutrição no desenvolvimento de crianças^{28,29,30,31,32}:

- Dificuldades na aprendizagem;
- Timidez, facilidade para irritabilidade, dificuldades de serem alimentadas, pouca disposição para brincarem e se comunicarem;
- Menor capacidade de atrair a atenção dos cuidadores por serem menos ativas. Essa baixa interação pode diminuir, com o passar do tempo, a disposição dos cuidadores a alimentarem a criança, brincarem ou se comunicarem, influenciando no desenvolvimento;
- Perda de memória recente e vocabulário mais restrito;
- Áreas como a coordenação visomotora, a memória e a linguagem são afetadas, podendo prejudicar o rendimento escolar;
- Perda da motivação para explorar o ambiente, atrasando a aquisição de certas habilidades cognitivas;
- Baixa habilidade para resolução de problemas;
- Deficiência na organização das atividades neuromotoras.

2.6.5- Aleitamento materno, alimentação complementar e desenvolvimento infantil

Um ambiente positivo e favorável facilita o desenvolvimento da criança e tem como fator importante a relação com a mãe durante os primeiros meses de vida, principalmente durante a amamentação. O leite materno, além de atender todas as necessidades fisiológicas dos bebês, favorece o contato físico entre mãe e a criança na transferência de afeto. O Ministério da Saúde orienta o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementar até os dois anos. Após os seis meses, é necessária a introdução de alimentos complementares para garantir as necessidades nutricionais da criança. Nos primeiros dias da introdução dos alimentos complementares é importante proporcionar introdução lenta e gradual dos novos alimentos para que a criança conheça suas características. Nesta etapa, a criança frequentemente não se satisfaz em receber passivamente a alimentação e é comum que queira colocar as mãos na comida. É importante que se dê liberdade para que ela explore o ambiente e tudo que a cerca, inclusive os alimentos,

permitindo que tome iniciativas. Desta forma, a alimentação adequada e os cuidados oferecidos podem influenciar favoravelmente o seu estado nutricional e desenvolvimento neuropsicomotor.

2.6.6- Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento infantil

Problemas relacionados ao desenvolvimento da criança são, na sua maioria, resultantes de múltiplos fatores de risco que se interligam constituindo um complexo mecanismo de influência no desenvolvimento.

Saber identificar tais fatores é fundamental na avaliação da criança e nas intervenções a serem feitas na APS. Por outro lado, é importante também destacar os fatores de proteção existentes e atuar para que sejam fortalecidos.

Pode-se considerar como fatores de risco todos os elementos que influenciam de forma negativa no desenvolvimento integral da criança. Por outro lado, os fatores de proteção podem ser definidos como aqueles elementos que modificam ou alteram a resposta pessoal da criança em relação a algum risco ambiental que predispõe a um resultado disfuncional.

A tabela a seguir aponta fatores de risco e de proteção, de forma resumida, que podem ser identificados no acompanhamento longitudinal da criança e de sua família.

É importante que o Agente Comunitário de Saúde participe das discussões de caso em reunião de equipe e realize o acompanhamento das famílias de sua microárea, com visitas mais frequente às famílias com fatores de risco.

Domínio		Fatores de Risco	Fatores de Proteção
SOCIAL	Família	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidado parental inconsistente ■ Discórdia familiar excessiva ■ Morte ou ausência abrupta de membro da família ■ Pais ou cuidadores com transtorno mental ■ Violência doméstica 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vínculos familiares fortes ■ Oportunidades para envolvimento positivo na família
	Escola	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atraso escolar ■ Dificuldade das escolas em prover um ambiente interessante e apropriado para manter a assiduidade e o aprendizado ■ Provisão inadequada/inapropriada do que cabe ao mandato escolar ■ Violência no ambiente escolar 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Oportunidade de envolvimento na vida escolar ■ Reforço positivo para conquistas acadêmicas ■ Identificação com a cultura da escola
	Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ■ Redes de sociabilidade frágeis ■ Discriminação e marginalização ■ Exposição à violência 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ligação forte com a comunidade ■ Oportunidade para o uso construtivo do lazer



		<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de senso de pertencimento ■ Condições socioeconômicas desfavoráveis 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Experiências culturais positivas ■ Gratificação por envolvimento na comunidade
Domínio Psicológico		<ul style="list-style-type: none"> ■ Temperamento difícil ■ Dificuldades significativas de aprendizagem ■ Abuso sexual, físico e emocional ■ Dificuldade de interação social ■ Isolamento e desinteresse por outras crianças/ adolescentes ■ Dificuldade no desenvolvimento da fala e da linguagem ■ Dificuldades para brincar ■ Casos de transtornos mentais na família 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Habilidade de aprender com a experiência ■ Boa autoestima ■ Habilidades sociais ■ Capacidade para resolver problemas ■ Prazer com o brincar
Domínio Biológico		<ul style="list-style-type: none"> ■ Ausência ou pré-natal incompleto ■ Problemas na gestação, parto ou nascimento ■ Prematuridade (< de 37 semanas) ■ Peso abaixo de 2.500g ■ Icterícia grave ■ Hospitalização no período neonatal ■ Doenças graves, como meningite, traumatismo craniano, anormalidades cromossômicas e convulsões ■ Parentesco entre os pais 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desenvolvimento físico apropriado à idade ■ Boa saúde física ■ Bom funcionamento intelectual

Fonte: Adaptado de Child and Adolescent mental policies and plans. WHO, 2005. In: Brasil, 201320

2.6.7- Orientações aos cuidadores para promover o desenvolvimento da criança de zero a 3 anos de idade

Para que as crianças se desenvolvam elas precisam se movimentar, tocar nas coisas, objetos, animais, explorar e brincar com os outros. Crianças também necessitam de amor e afeto para se sentirem seguras e confiantes para interagir com o mundo. Todas essas experiências ajudam o cérebro a se desenvolver e afetam o processo de desenvolvimento e aprendizagem²⁴. A interação dos adultos e das outras pessoas com a criança em seus primeiros meses de vida é muito importante para o seu desenvolvimento. Quando os bebês apresentam dificuldades de interação ou demonstram sinais de alterações no desenvolvimento, é comum que os pais ou cuidadores se sintam desestimulados e tenham menos disposição para brincar, alimentar ou se comunicar frequentemente com eles, o que pode atrapalhar ainda mais o processo de desenvolvimento da criança, pela falta de estímulo. Esse mesmo movimento pode acontecer com as crianças com baixo peso que podem ser



menos ativas na busca por atenção dos outros²⁴. O papel do profissional de saúde é o de orientar e estimular os cuidadores para que estes possam dar atenção as suas crianças, brincar e observar como estas respondem a sua atenção. Isso ajuda o cuidador a ser mais ativo e próximo do seu bebê.

2.6.8- Aprender se relacionando

O cuidador pode ajudar seu bebê a se desenvolver reagindo a suas ações e interesses com sons, gestos, toques gentis e palavras. Quando os cuidadores observam e reagem às tentativas das crianças de fazerem coisas novas, estas se sentem estimuladas a continuar interagindo e assim se desenvolvem. Emitir sons e conversar com as crianças, mesmo que ainda não sejam capazes de falar, faz com que elas ouçam, aprendam e se divirtam. Os pais ou cuidadores podem interagir com as crianças, mesmo que estejam fazendo outras coisas, conversando ou cantando para elas, por exemplo²⁴.

Pais e cuidadores podem incentivar a criança a participar ativamente em tarefas simples como; ajudar a vestir a própria roupa, se alimentar sozinha ainda que usando as mãos, sem talheres, auxiliar na própria higiene, entre outros. No entanto, deve-se tomar cuidado para respeitar o ritmo da criança sem forçá-la a realizar tarefas que ainda não é capaz de fazer. Os bebês jamais devem ser colocados numa posição na qual eles não possam se sustentar por conta própria (ficar sentados, ou em pé²⁴).

Principalmente no caso de crianças com dificuldades ou falta de interação com os cuidadores é importante que os profissionais orientem os familiares ou cuidadores a continuarem insistindo gentilmente nos estímulos. Olhar atentamente para a criança, tentando acompanhar e imitar seus movimentos, seus sorrisos, sons e iniciativas, reagindo a eles.

A imitação dos movimentos e sons da criança pelos cuidadores é uma forma muito eficaz de interação e comunicação. A maioria dos pais ou cuidadores faz isto de forma instintiva nos cuidados cotidianos com a criança, mas existem aqueles que por diversas situações não fazem. É importante que os profissionais consigam perceber estes sinais de dificuldades na comunicação e interação para que possam orientar os pais ou cuidadores e agir de forma a prevenir problemas no desenvolvimento e promover bons vínculos entre eles. Esse jogo de imitação principalmente entre a mãe e o bebê forma uma “dança” entre eles e é facilmente identificável quando, por exemplo, a bebê solta um balbucio e a mãe responde instintivamente ao mesmo. É importante que os profissionais estejam atentos a estas sutilezas nas consultas de puericultura estimulá-las²⁴.



Crianças precisam se sentir confiantes para explorar e aprender. Se há suspeita ou identificação de que a criança está sendo tratada com severidade ou com críticas excessivas, o profissional pode²⁴:

- Escutar e conversar com os cuidadores, discutindo sobre seus sentimentos;
- Buscar outras pessoas que possam ajudar a mãe, o pai ou os cuidadores a compartilhar seus sentimentos e receber ajuda com o cuidado da criança;
- Contribuir no fortalecimento da confiança do cuidador, elogiando-o e mostrando que ele é capaz de realizar atividades com a criança. A melhor forma de elogiar é demonstrar (em ato) ao cuidador como a criança responde a seus estímulos. O profissional pode sugerir uma prática (por exemplo, pedir para a mãe imitar a criança) e mostrar à mãe como a criança reagiu a este estímulo. “Olha, você viu o que ela fez”, isso gera confiança na mãe e a encoraja a fazer mais e mais. É muito gratificante esse jogo entre a criança e a mãe ou cuidador. A mãe precisa sentir isso para querer fazer mais;
- Orientar as famílias a respeitar os sentimentos das crianças, buscando entender se estão irritadas, tristes, aflitas, etc. Os pais ou cuidadores, às vezes, precisam saber traduzir estes sentimentos, devolvê-los e explicá-los à criança: “Você está triste, eu compreendo, deve ser difícil mesmo...” É importante para as crianças tomar consciência de seus sentimentos, bons ou ruins e que sintam que não são maus porque sentem raiva, por exemplo.
- Pensar, junto com os pais ou cuidadores, em formas de ensinar sem usar meios punitivos e/ou agressivos;
 - Reforçar com a família a importância de elogiar o bom comportamento da criança, ao invés de sempre apontar para os aspectos negativos;
 - Incentivar que os cuidadores chamem os bebês pelos seus nomes, já que faz com que eles se identifiquem e se sintam amados;
 - Orientar que crianças podem se sentir irritadas ou nervosas e que são capazes de identificar expressões de raiva nos outros.

2.6.9- Aprender brincando

Por meio de brincadeiras, as crianças exploram o mundo e aprendem novas habilidades. Os bebês tendem a explorar o ambiente com a boca, colocando as próprias mãos e objetos dentro dela. Dessa maneira, a criança está aprendendo o que é macio ou duro, quente e frio, seco e úmido áspero e liso, etc. Esse aprendizado é de extrema importância para a vida futura do indivíduo²⁴. Oriente os cuidadores a proporcionar objetos e ambientes limpos, seguros e protegidos para que as



crianças não sofram lesões ou acidentes. Um ambiente limpo pode ser obtido a partir de um lençol estendido no chão para que a criança possa se movimentar com segurança. Objetos grandes e sem pontas evitam que a criança se machuque ou se engasgue²⁴. Caso as crianças procurem objetos ou brincadeiras que não sejam seguras, o cuidador deve gentilmente dizer “não” e trocar o objeto por um outro que a proteja, ou deve orientá-la a fazer outra brincadeira mais segura, redirecionando a atenção da criança para outra atividade²⁴.

É importante que as crianças possam desempenhar pequenas tarefas sozinhas como: abrir e fechar a torneira e colocar o sapato no pé, ou até mesmo tentar coisas novas. Elas aprendem tentando fazer, observando e copiando o que os adultos e as outras crianças fazem²⁴.

2.6.10- Criando brinquedos

Crianças não precisam de brinquedos complexos ou comprados para se divertir. Elas brincam e aprendem com objetos simples empilhando-os e os vendo cair, testando o som de diferentes objetos batendo uns nos outros, colocando e tirando coisas de dentro de caixas, entre outros. Quando uma criança larga um objeto no chão, por exemplo, ela está aprendendo sobre o tempo que ele demora para atingir o chão, o barulho que faz quando cai e está descobrindo que as coisas sempre caem. Essa é uma descoberta importante para a criança.

Qualquer objeto caseiro que seja limpo e seguro pode se transformar em um brinquedo (panela, frutas, legumes, conchas, copos de plásticos, potes descartáveis limpos, rolinhos de papel higiênico, colher de pau, etc.)²⁴.

- Um pedaço de madeira pintado com rodas pode ser um carro.
- Cortar papelão em forma de círculos e pintá-lo de diferentes cores pode ser um brinquedo para a criança agrupar e dispor da forma como ela quiser.
- Uma imagem de revista pode ser colada em um papelão e cortada em quatro ou mais partes se transformando em um quebra-cabeça simples. Auxilie o cuidador a identificar objetos caseiros que possam servir como brinquedos para a criança deixar cair, bater e segurar. Oriente o cuidador a disponibilizar recipientes que a criança possa usar para inserir coisas dentro. Use também a criatividade. Nos casos do recém-nascido, é importante que o profissional oriente os pais ou cuidadores a não os deixar com a visão encoberta por muito tempo e nem enrolado em roupas apertadas ou cobertores por longos períodos, para que o bebê se desenvolva. A criança precisa de espaço para movimentar pernas, braços e alcançar aquilo que quer tocar (rosto dos pais, próprio rosto, etc)²⁴.



Leia mais sobre a promoção do desenvolvimento infantil em: Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC)

http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/Cuidados_para_desenvolvimento_criancanca.pdf

2.6.11- Monitoramento e Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde é um componente essencial para manter e melhorar a saúde pública. Ela permite que os profissionais de saúde monitorem e avaliem o estado de saúde da população, o que é crucial para identificar padrões de doenças e comportamentos, e para planejar e implementar medidas eficazes de controle e prevenção.

No contexto dos transtornos mentais, comportamentais e do desenvolvimento em crianças e adolescentes, a inclusão de uma planilha específica para essa faixa etária nas ferramentas de vigilância é uma prática valiosa.

Sendo assim, como o objetivo de todos os profissionais da equipe da APS terem conhecimento dos usuários com algum diagnóstico de transtorno mental na faixa etária de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias, foi elaborado a planilha de acompanhamento e vigilância para registro e monitoramento dos casos, bem como o planejamento do cuidado continuado desses pacientes.

2.6.12- Planilha de acompanhamento de transtornos mentais, comportamentais e do desenvolvimento da criança e adolescente:

2.7- Fluxograma de acompanhamento de crianças com alterações no desenvolvimento neuropsicomotor

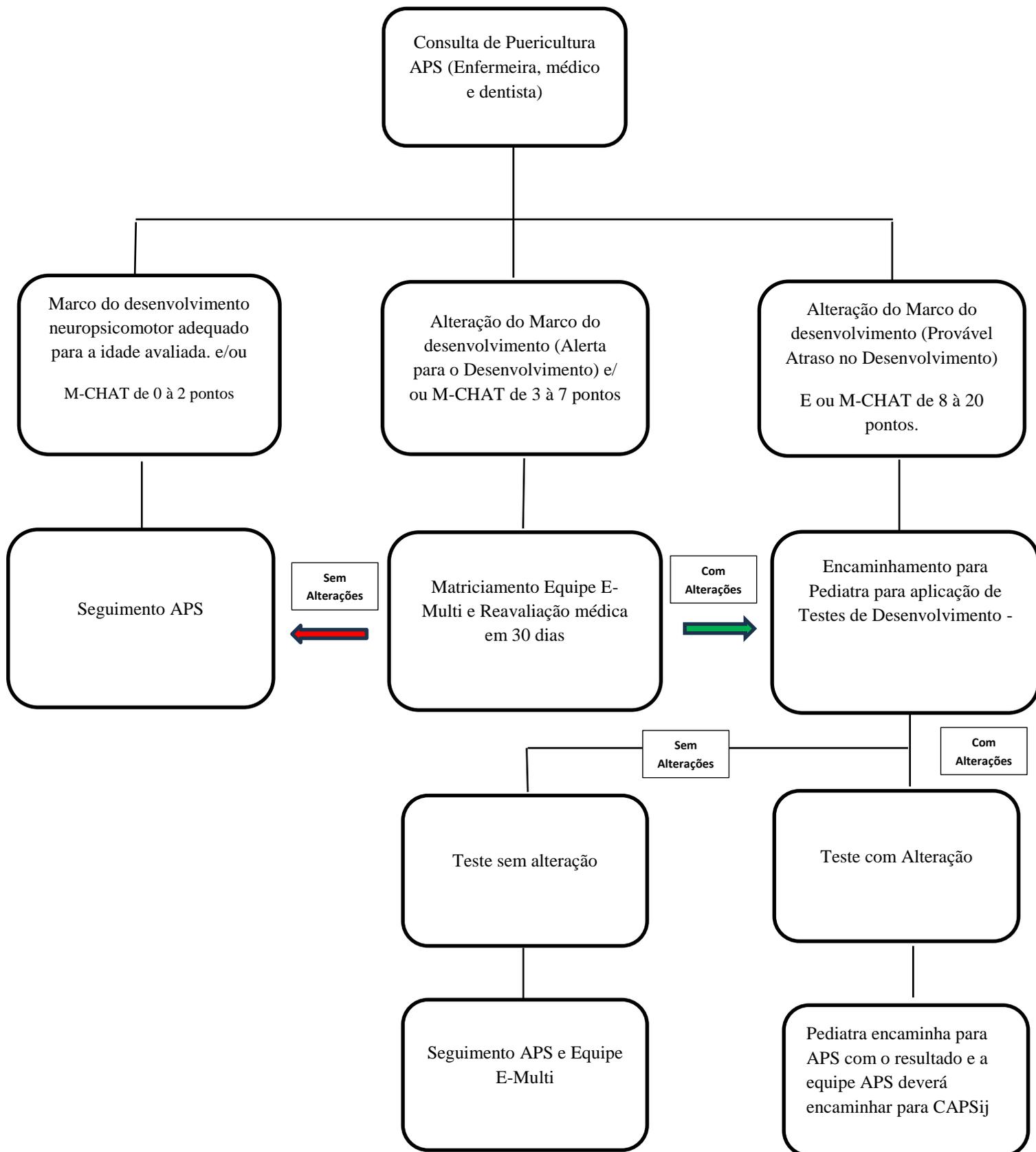
Sendo atributos da APS a coordenação do cuidado e seguimento longitudinal, a puericultura se dedica ao acompanhamento integral infantil, cabe os profissionais médico, enfermeiro e dentista identificar os possíveis atrasos no desenvolvimento infantil. Para avaliação do marco do desenvolvimento neuropsicomotor, deve-se utilizar os instrumentos disponíveis na Caderneta de Saúde da Criança (Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança) e o M-CHAT.

Conforme aplicação dos instrumentos e avaliação da equipe, o seguimento das crianças que não apresentam nenhum atraso no desenvolvimento deverá ser mantido na Atenção Primária à Saúde (APS). Crianças que apresentarem alterações no desenvolvimento, os casos deverão ser discutidos em reunião de matriciamento com equipe eMulti.

A reunião de matriciamento é o espaço apropriado para avaliar e descartar causas externas e ambientais relacionadas a falta de estímulos e interação com as crianças, contribuindo diretamente para o atraso no desenvolvimento, todavia, possíveis de serem resolvidos através da intervenção dos profissionais da APS, sobretudo, mediante orientação dos responsáveis sobre a importância de promover a criatividade, curiosidade e autoconfiança. Além disso, é essencial fortalecer os vínculos afetivos e investir em estímulos adequados, que contribuem para o crescimento saudável da criança. Após esse acompanhamento, a criança deverá ser reavaliada em consulta médica.

Para crianças com atrasos no desenvolvimento, porém relacionadas a condições de saúde e diagnósticos associados a patologias, o profissional médico deverá encaminhá-las, por meio do sistema de informação, para a Pediatria. Por sua vez, a pediatra do Centro de Especialidades Médica, deverá avaliar através de testes específicos o desenvolvimento neuropsicomotor.

Após a avaliação com a especialidade, caso a confirmação ocorra, a criança será redirecionada para a unidade de saúde de referência, que por sua vez, deverá encaminhar para o CAPSi.





3. ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1- Projeto Terapêutico Singular – PTS

Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico e é importante enfatizar isto, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação.

O PTS é uma ferramenta utilizada para organizar o cuidado do usuário feito com ele e para ele, é entendido como um conjunto de propostas e condutas planejadas para realizar intervenção numa situação que seja entendida pela equipe como uma situação de maior complexidade.

Com base na complexidade apresentada dos fatores de risco, é definido o PTS pela equipe de assistência ao usuário de qualquer ponto de atenção em saúde e a partir dele, o trabalhador de saúde vai orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento à sua necessidade.

Importa pensar que com a Linha de Cuidado organizada, o serviço de saúde opera centrado nas necessidades dos usuários e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso.

As Linhas de Cuidado, Projetos Terapêuticos e Diretrizes Clínicas são estratégias de organização da ação e serviços que compõem as RAPS e concretizam as ferramentas de micro gestão e qualificação da atenção à saúde, potencializando o cuidado integral melhorando os resultados para os usuários.

Apesar de muitos ainda confundirem as Linhas de Cuidado como sendo uma rede de atenção independente, é muito importante que você as compreenda como sendo estruturas funcionais que perpassam de forma transversal os dispositivos de saúde e sociais. É composta por um conjunto de fluxos interligados e contínuos que facilitam o encontro do usuário com os profissionais e ações mais aptas a atenderem suas necessidades, mesmo que para este fim, instituições não governamentais, religiosas ou filantrópicas tenham que ser acionadas.



3.1.2- Elaboração do Projeto Terapêutico Singular no Apoio Matricial de Saúde Mental

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um recurso da clínica ampliada e compartilhada, visando o cuidado integral do usuário. O uso do termo “singular” em substituição a “individual”, outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na APS – é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social. Portanto, PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido.

A construção do PTS envolve diversos atores sociais do processo/caso, usuário, família, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, dentista, nutricionista, médico especialista e quem mais se fizer necessário de acordo com a demanda apresentada. Assim, a soma das habilidades e saberes individuais de cada membro de uma equipe, de forma complementar, possibilita melhores resultados comparados aos resultados obtidos a partir de ações realizadas individualmente.

Não é viável nem necessário elaborar um PTS para todas as pessoas atendidas nos serviços da atenção primária à saúde, casos mais difíceis com maior gravidade e complexidade devem ser priorizados. Para isto, devem considerar a extensão e/ou intensidade de problemas apresentados por uma pessoa, família, grupo ou coletivo, bem como avaliar quão diversas dimensões estão afetadas (biológica, psicológica e social). Além disso, o PTS também pode ser sugerido nos casos que exigirem maior articulação com a equipe e nas situações em que há necessidade de ativação de outras instâncias como os recursos comunitários e outros serviços de saúde e instituições.

O que é?

PTS é uma ferramenta de organização e sistematização do cuidado construído entre a equipe de saúde e o usuário que deve considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso, ou seja, um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo, família ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial do NASF, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas podendo ser entendido como uma variação da discussão de “caso clínico”⁵⁴.

Como é feito?

Um PTS deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise da equipe sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Essa análise deve ser feita em equipe, considerando que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda complexa de cuidado em saúde. Cabe ressaltar que esse processo é dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre os profissionais e o usuário está em constante transformação⁵⁴.

Para quem?

O PTS pode ser feito para planejamento e articulação do cuidado em saúde nos casos mais complexos, que demandem maior atenção da equipe. Lembre-se, o PTS poderá ser construído não somente para a criança ou adolescente, mas também para sua família ou cuidadores⁵⁴.



Diagnóstico e análise	Esse momento envolve a avaliação ampla considerando as dimensões físicas, mentais e sociais do sujeito levando em consideração os aspectos sobre os riscos, vulnerabilidades, resiliências e potencialidades do sujeito. Nessa etapa busca-se entender como o sujeito vivencia e se coloca diante das doenças, do seus desejos e interesses, assim como também vivencia as questões do seu trabalho, de sua cultura, sua família e a rede social.
Definição de ações e metas	Após a realização do diagnóstico, as equipes devem pensar e negociar junto com o usuário e/ou familiar ou cuidador, ações e metas a serem realizadas a curto e médio prazo.
Divisão de responsabilidades	Definir tarefas claras para cada um (usuário, equipe). Estabelecer um profissional de referência que tenha o melhor vínculo com o usuário para a gestão do PTS ou do caso. A presença de um profissional de referência é fundamental para que, independente do que aconteça, exista alguém que lembre e conheça bem o caso para articular as ações.
Reavaliação	Momento para discussão e avaliação da evolução do caso. Oportunidade para rever as ações e readequá-las às novas necessidades e realidade do sujeito.

Aspectos essenciais para a construção de um PTS

- Buscar compreender o sentido da doença ou do sofrimento para a criança/adolescente e sua família ou cuidadores, respeitando as relações de causa e justificativas que o sujeito atribui a sua doença, mesmo que as justificativas não se baseiem no conhecimento científico atual.
- Perguntar sobre medos, raivas, manias, temperamento, sono. Essas perguntas ajudam a entender melhor a situação, o que deve ser considerado no momento da construção de propostas do projeto terapêutico.
- Procurar compreender a história progressiva da criança e do adolescente, valorizando os registros da caderneta de saúde da criança e da caderneta de saúde do adolescente. Estes são registros importantes para contextualizar o aparecimento dos sinais e sintomas e para clarear os possíveis diagnósticos.
- Avaliar se a família está negando o problema de saúde mental, avaliar autonomia da criança/adolescente e os possíveis ganhos secundários que a condição pode trazer para a sua vida. Essas observações podem ser realizadas durante o atendimento.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo de reflexão e discussão.



3.2- Atuação conjunta com a Equipe Multiprofissional na APS – eMulti

Durante o acompanhamento do bebê e da criança, se a equipe de Saúde da Família identificar atraso no desenvolvimento infantil ou risco psíquico, recomenda-se que compartilhe o caso com profissionais da eMulti como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentre outros. A eMulti pode auxiliar na discussão do caso, abordagem, compreensão e apoio à criança e sua família. As ações compartilhadas deverão ser feitas de forma longitudinal, respeitando o tempo de cada pessoa do núcleo familiar, além de abranger o território em que a criança está inserida, como creche, escola e outros espaços do seu convívio.

Ações da equipe eMulti no que se refere à saúde mental na infância:

- Qualificação das equipes de SF sobre ações de promoção da saúde mental na infância;
- Educação permanente da equipe de SF para identificação de sinais e sintomas de problemas de saúde mental na infância, incluindo TEA;
- Levantamento epidemiológico de prevalência e incidência dos casos de saúde mental no território, bem como das demandas das creches e escolas;
- Oferta de espaços de educação continuada para educadores e professores, a fim de problematizar os diagnósticos precipitados em saúde mental na infância e estimular ações em creches e escolas de inclusão e apoio à diversidade, promoção da cultura da paz, estratégias de prevenção e contenção de bullying, dentre outras;
- Trabalho com as equipes de Saúde da Família (SF) sobre os riscos da medicalização da infância, problematizando diagnósticos precipitados e taxativos;
- Discussão dos casos nas supervisões de território da saúde mental e demais espaços potenciais;
- Realização de diagnóstico ampliado dos fatores de riscos psicossociais ao desenvolvimento infantil;
- Apoio no desenvolvimento da criança com ações que visem estímulo neuropsicomotor tanto em ambiente doméstico quanto escolar;
- Apoio às equipes na identificação de sofrimento mental dos familiares ou responsáveis;
- Cuidado à puérpera e à família ou responsáveis em situações de fragilidade ou sofrimento mental relacionado ao cuidado com o bebê;
- Acompanhamento dos casos identificados de saúde mental e encaminhados para outros serviços de saúde mental e de reabilitação;
- Apoio às equipes de saúde da família na qualificação dos encaminhamentos para a rede;



- Adaptação do cuidado desenvolvido nos serviços especializados à realidade do usuário para continuidade da atenção no território. Por exemplo: adaptar as atividades de vida diária, tais como passar roupa, lavar louça, etc., trabalhadas e aprendidas no CER para a realidade da casa da criança;
- Articulação do trabalho territorial com os dispositivos da rede intersetorial (educação, cultura, esporte, lazer, equipamentos da assistência social, justiça, entre outros);
- Realização de ações de mobilização e educação popular para a comunidade com temas gerais sobre o desenvolvimento infantil;
- Proposição de ações voltadas para a inclusão e acessibilidade (na Unidade de Atenção Primária, comunidade, creche, escola, família, etc.);
- Oferta de atividades em grupo para os familiares e para as crianças, como espaços para brincar, geração de renda atividades físicas, etc.

3.3- Matriciamento em Saúde Mental

Matriciamento propõe parceria entre a Atenção Básica e Atenção Especializada em saúde mental e cria uma proposta de intervenção que ao mesmo tempo é pedagógica e terapêutica.

Os profissionais da Atenção Básica constituem a equipe de referência para o cuidado de saúde mental do território. Essa equipe deverá contar, sempre que necessário, com o apoio técnico especializado em saúde mental promovido pelos matriciadores.

Em Catanduva, o apoio matricial em saúde mental foi iniciado em 2015, com o Centro de Apoio Psicossocial II (CAPS II) direcionando-se as unidades de saúde para capacitar os profissionais generalistas e apoiá-los nas condutas, no segmento e no diagnóstico dos casos de SM. Em 2018 este apoio foi ampliado também para o CAPS Alcool e Drogas (CAPS AD) e em 2022 iniciamos o apoio pela equipe multi do ambulatório de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Dessa forma as equipes de APS quando necessitam do apoio diagnóstico do serviço especializado e ou orientações quanto a tratamento medicamentoso bem como manejo clínico, os profissionais da atenção básica juntamente com os profissionais da atenção especializada utilização da ferramenta do matriciamento para melhor elaboração do plano de cuidados dos usuários.

- Criar espaços de discussão dos casos de saúde mental entre diferentes equipes para pensar estratégias de cuidado mais benéficas para os usuários dos serviços;
- Apoiar o estabelecimento do vínculo terapêutico entre usuários e as equipes que o conhecem há mais tempo;



- Apoiar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), pois o matriciamento objetiva oferecer retaguarda especializada e suporte para a formação das equipes e profissionais envolvidos na atenção à saúde, partindo do princípio de que a atenção em saúde mental é parte da Atenção Básica;
- Apoiar os casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família;
- Apoiar a realização de intervenções psicossociais específicas na Unidade, por exemplo na estruturação e início dos grupos e oficinas que serão dirigidos pelos profissionais da Atenção Básica com suporte dado pelos matriciadores;
- Planejar alternativas possíveis para atenção aos casos graves, com sucessivas reinternações e dificuldade de adesão ao tratamento em CAPS.

3.4- Abordagem da família, dos cuidadores ou dos responsáveis

Família é um grupo social, com suas formas de relação, valores, comportamentos, percepções, vínculos e especificidades próprias. Cada família tem uma cultura própria, com seus códigos: normas de convivência, regras ou acordos relacionais, ritos, jogos, crenças ou mitos familiares, com um modo próprio de se comunicar, expressar e interpretar emoções.

A família também participa na construção da cultura e da sociedade em que se insere. Desta forma, compreende-se o papel da família nas alterações comportamentais durante o ciclo infantil, que a partir dos problemas no sistema familiar podem ocasionar adoecimento de seus membros, interferindo em suas relações e conseqüentemente na produção de prejuízos no desenvolvimento infantil.

Neste sentido, trabalhar com as famílias é uma forma de ressignificar o modelo centrado na doença, norteando o foco para a abordagem centrada na pessoa. Partindo do microsistema familiar, evidencia-se a importância do vínculo entre a equipe de APS e a família, estabelecendo um sistema de confiança que permita conhecer a dinâmica familiar, as características do ambiente onde vive, o relacionamento entre os membros e o movimento dessas famílias no território.

A Abordagem Familiar consiste na articulação do cuidado considerando a organização familiar. Para conhecer melhor a família, o profissional pode utilizar instrumentos como Genograma, Círculo Familiar e Ecomapa, os quais informam sobre as relações intrafamiliares.

Esta informação pode revelar funções dentro da casa como, por exemplo, quem é o provedor e quem confere suporte emocional nos casos de dificuldades. A análise do genograma fornece elementos



para perceber em que ciclo de vida a família se encontra, quais heranças de padrões de funcionamento familiar são observadas, como de famílias que perpetuam hábitos de violência contra mulheres e crianças, ou hábitos de abuso de substâncias.

3.5- Articulação intra e intersetorial

A articulação das unidades de Atenção Primária com os diversos dispositivos do território, dentro e fora do campo da saúde, proporciona uma maior contextualização dos casos, promovendo a integralidade, maior resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania, constituindo um conjunto vivo e concreto de referências para acolher a pessoa em seu sofrimento⁷. Existem diversos espaços compartilhados para discussão e pactuação de processos de trabalho, instituídos na rede inter e intrasetorial, a fim de garantir o cuidado integral e territorial dos usuários em sofrimento mental, tais como:

- Reuniões de matriciamento das equipes da APS e entre equipes dos serviços da Atenção Secundária;
- Supervisão de Eixo de cada Território (mensal, em cada Área de Planejamento);
- Programa Saúde na Escola – PSE;
- Fórum de Saúde Mental (mensal, em cada Área de Planejamento).

3.6- O trabalho com grupos como estratégia de promoção de saúde na Atenção Primária à Saúde

Grupos são uma ferramenta de trabalho na Atenção Primária à Saúde que pode auxiliar os profissionais na promoção de saúde por propiciar espaço de troca de informações e experiências, aprendizagens e reflexões sobre o processo de saúde-doença, estimulando assim, a transformação de atitudes e crenças do usuário e levando ao aumento de habilidades para o auto cuidado e formas de lidar com seus problemas.

No contexto atual da APS, o trabalho com grupos é uma atividade frequentemente realizada, tendo como foco principalmente a promoção da saúde e prevenção de agravos. Furlan (2010) destaca algumas vantagens na realização de grupos com os usuários:

- Os grupos podem facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários. O espaço de grupo propicia que o saber esteja nas pessoas e não centrado em um profissional de saúde (mas, também nele).



- Grupos podem trazer bons resultados para o manejo clínico da doença e para atingir os objetivos do profissional e do paciente no seguimento do tratamento. A possibilidade de os encontros serem continuados potencializa o acompanhamento horizontal e o processo de aprendizado.
- Os usuários podem sentir maior abertura num grupo para expor e dividir com os demais a experiência que tem no manejo da doença, trazendo dúvidas e curiosidades que somente o compartilhar (troca e participação) pode propiciar.
- O grupo pode ampliar o olhar dos profissionais e usuários sobre as relações e os modos de viver. Olhar o indivíduo e o coletivo, como também o indivíduo em coletivo, pode ajudar no processo de tratamento e o acompanhamento do sujeito.
- A prática em grupo possibilita que várias pessoas que são da mesma comunidade, que têm pensamentos e hábitos semelhantes, histórias de vida e valores parecidos se reúnam. A troca de experiências pode possibilitar que se forme uma rede social e de suporte para além do grupo (FURLAN, 2010, p. 107-109).

3.6.1- GRUPOS:

GRUPO “ADOLESCER, SENDO.”

Apresentação:

Visando a qualidade de atendimento e acompanhamento para os pacientes que buscam sua independência, bem como sua autônima, o grupo “Adolescer, sendo”, visa promover o acompanhamento psicológico em grupo para trabalhar e estimular aspectos relacionados à importância da qualidade de vida nos diagnósticos ocultos, bem como sugerir o pleno convívio com pessoas que vivem a rotina e os desafios semelhantes. Segundo a Unicef no relatório Situação Mundial da Infância 2021 estima-se que “um em cada seis meninas e meninos entre 10 e 19 anos de idade no Brasil viva algum transtorno mental”. O grupo busca iniciar assuntos sobre a vida do adolescente o preparando para o começo da vida adulta, reforçando o apoio familiar, garantia de direitos e o prognóstico da melhor maneira possível.

Objetivos:

- Proporcionar um ambiente respeitoso, livre de preconceitos, realizando a escuta ativa e fortalecimento de vínculos.
- Proporcionar um ambiente para retorno a unidade básica de saúde ao paciente de alta do ambulatório infantil, reforçando a continuidade do tratamento e acompanhamento.



- Promover e instruir técnicas terapêuticas que auxiliem no autocontrole emocional, na manutenção do bem-estar, trabalhando formas de lidar com os sentimentos;
- Prevenir o agravamento das condições de saúde mental e de reflexões que podem desenvolver entre os meios de convívio do paciente.

Público Alvo: Adolescentes entre 11 e 17 anos, com diagnóstico de diversos, em alta do ambulatório infantil.

Frequência dos encontros e tipo de acesso (aberto/fechado): Os encontros devem acontecer mensalmente, sendo grupo aberto, com limite de aproximadamente 15 participantes por encontro. Cada encontro terá a duração de 1:00h, até 1:30h e o acesso ao grupo será a partir da identificação dos critérios de adesão, nas consultas e intervenções realizadas pelas equipes de saúde, bem como alta recebidas de acordo com o matriciamento da unidade.

Critérios para inclusão/participação:

- Idade mínima 11 anos;
- Alta do ambulatório infantil;
- Pacientes com diagnósticos diversos;
- Estar cadastrada na unidade básica de saúde de referência;

GRUPO infantil IDENTI- idade

APRESENTAÇÃO:

Segundo a Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.

A criança e ao adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

exto referente a Lei citada traz ainda no art.7 - A criança e ao adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Para garantir que a criança e ao adolescente tenham os direitos preservados e as necessidades de desenvolvimento garantida é necessário orientação e acompanhamento social.



O Grupo é um espaço dedicado a criança e ao adolescente que tenham dificuldades de socialização, sinais de agressividade e descumprimento de regras, crianças e adolescentes que queiram melhorar o convívio familiar, escolar e social.

A proposta é influenciar positivamente a criança e ao adolescente a ter uma visão e comportamento adequado para o convívio social, educacional e profissional.

OBJETIVO:

Prevenir futuras intervenções médicas e psicológicas;

Acesso para criança e ao adolescente na rede de saúde, acompanhamento de desenvolvimento físico;

Acolher a criança e ao adolescente e trazer a importância da vida familiar, escolar e social;

Como lidar com as regras e leis impostas no âmbito escolar e social, poder contribuir com o tratamento e também com o processo de mudanças da criança e do adolescente;

Motivar a iniciar ou manter um comportamento ativo, por meio de orientações dos profissionais Fisioterapeuta/Educador físico, alinhando as expectativas ao que é possível naquele momento;

Motivar a iniciar ou manter uma alimentação saudável, por meio de orientações de profissionais de Nutrição, alinhando as expectativas ao que é possível naquele momento;

Construir com os Psicólogos e Terapeutas um processo de mudança e recuperação, fortalecer e influenciar positivamente a relação com os familiares/professores aumentando a confiança para o tratamento.

MÉTODO:

Profissional responsável pela organização e planejamento dos encontros: Assistente Social da equipe NASF responsável pela organização, planejamento e condução dos encontros.

Agente Comunitário de Saúde serão facilitadores para o desenvolvimento e condução do grupo. Equipe Multidisciplinar ocasionalmente fará parte dos encontros pré estabelecidos.

Enfermeiros/médicos da família para acompanhamento da evolução clínica e melhora na saúde da criança e do adolescente.

Público-Alvo:

Crianças e adolescentes com comportamento social inadequado. Frequência dos encontros e tipo de acesso: Os encontros devem acontecer a cada 7 dias (semanal) durante doze meses do ano, com duração aproximada de 1 hora, com no máximo 20 participantes, sendo de acesso aberto (novos participantes poderão ser incluídos no grupo a qualquer momento).

Crítérios para inclusão/participação:

Ter no mínimo 5 anos de idade;

Ser encaminhado pela comunidade escolar ou afins (Ong's, Cras);

Ter realizado o agendamento prévio para participação no curso;

Estar cadastrada na unidade básica de saúde de referência;

Fluxo/operacionalização/funcionamento do grupo:

Os auxiliares administrativos serão responsáveis por realizarem o agendamento, devendo registrar o dia, horário e local em impresso específico e disponibilizar para o solicitante.

O número ideal de participantes é de até 20 pessoas, de modo que todos possam se comunicar.

A frequência dos encontros não deverá ser superior a sete dias e o horário deve ser escolhido

posterior ao horário de acolhimento nas unidades que trabalham com acesso avançado, devendo sempre observar o funcionamento da equipe, mas também nas necessidades dos participantes.

Importante destacar que as reuniões devem durar aproximadamente 1 hora

GRUPO DA PSICO – INFANTIL

Introdução

Pensando em viabilizar a qualidade no serviço prestado ao público infantil, foi criado o “Grupo da Psico – Infantil”, que se caracteriza por ser um espaço onde a criança encontra novas oportunidades de se desenvolver, ampliando e fortalecendo saberes importantes para a sua formação, contribuindo com a construção da cidadania e melhoria da qualidade de vida.

Objetivo

- Estimular as crianças ao convívio social;
- Usar linguagem elaborada adequada para idade para falar sobre as emoções;
- Elaboração de histórias para estimular a imaginação das crianças;



- Estimular postura correta nos momentos sentados na cadeira e a importância de exercícios físicos;
- Orientar aos pais e ou responsáveis;
- Encaminhar para rede intersetorial;
- Estimular a alimentação saudável desde a fase infantil para conscientização da importância para saúde e qualidade de vida de um indivíduo.

Público-Alvo

O público alvo para esse grupo são crianças de 6 a 12 anos, que residam na área de abrangência da unidade de saúde.

Critérios de Inclusão

- Crianças de 6 a 12 anos de idade;
- Casos matriciados em reunião da equipe I, II e III da USF Nova Catanduva direcionados para psicóloga.
- Paciente com queixas relacionadas aos problemas de comportamentos e dificuldades nos ambientes escolar e familiar;
- Dificuldade de socialização;
- Pacientes com alta dos atendimentos individuais com psicóloga.

Metodologia

Trabalhar para a estimulação do bem estar psicológico e uma rede de acolhimento e referência para o paciente, além do tratamento em grupo, realizando a psicoeducação, ampliando a possibilidades da visão das crianças inseridas no grupo acerca da inserção social e garantia de direitos estabelecidos pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), bem com a Caderno de Atenção Básica nº 39, que abrande o serviço do eMulti e as Diretrizes Básicas da Educação Infantil, buscando a estimulação e a quebra de estereótipos, trabalhando em equipe para a melhora a autoestima e percepções de dificuldades no âmbito total que abrange a criança, sendo no aspecto psicológico, sociológico e educacional.



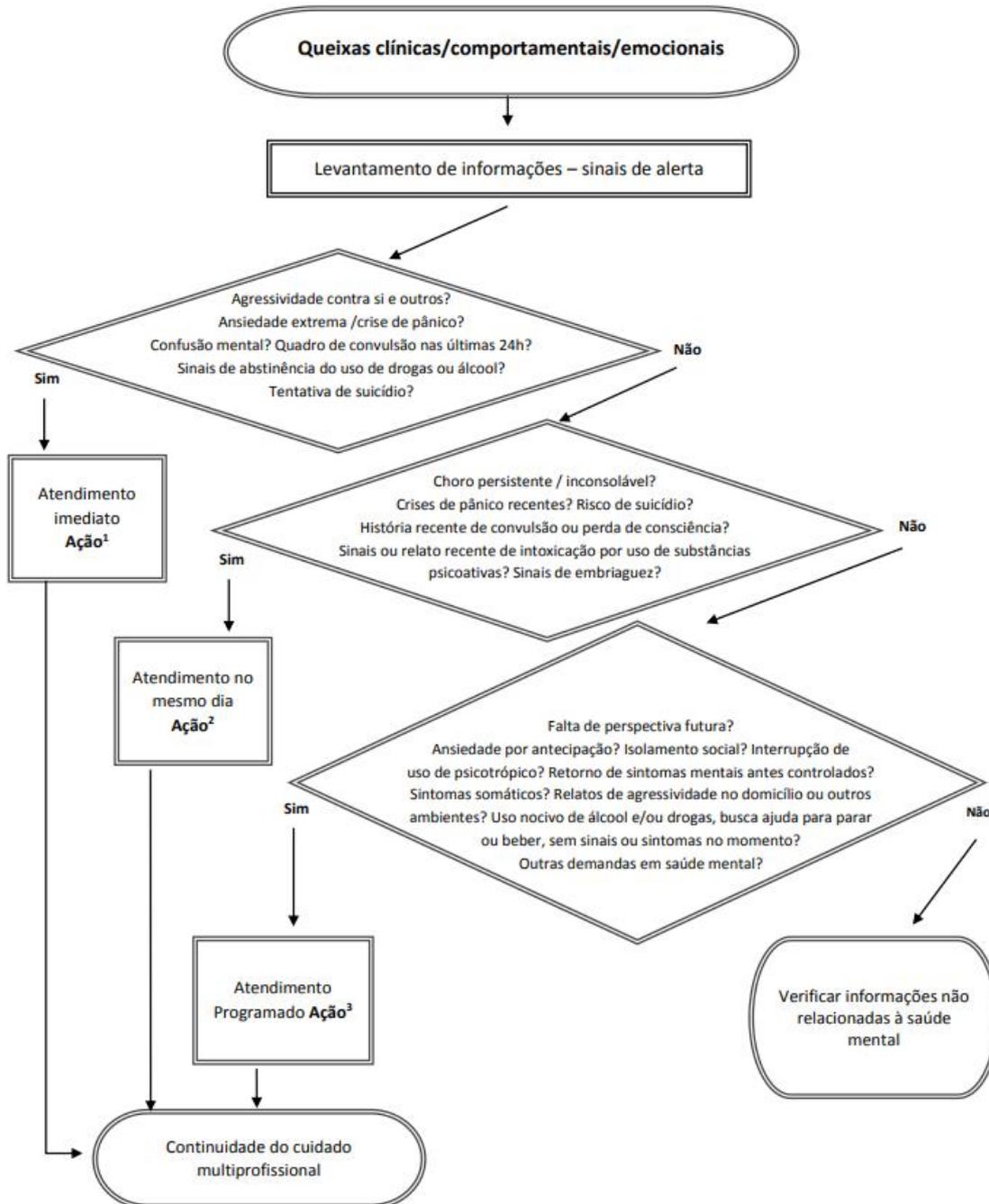
4. PRINCIPAIS SITUAÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Entende-se por transtorno do neurodesenvolvimento o grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam desde os primeiros marcos do desenvolvimento, sendo caracterizados por déficits que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência.

4.1- Situações de crise em saúde mental na infância na APS

4.1.1- Acolhimento em situações de crise em saúde mental na infância na APS

É considerada crise a situação em que há um sofrimento mental intenso ou alterações de comportamento, com deterioração ou ruptura dos laços familiares e comunitários e que causem riscos para as crianças ou adolescentes e suas famílias^{23,24,25}. Segue fluxograma para acolhimento em situações de crises em saúde mental na infância e adolescência.



Levantamento de informações:

- Acolher, escutar a queixa e as expectativas do usuário.
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas.
- Verificar sinais vitais.



Sinais de alerta para ATENDIMENTO IMEDIATO:

- Agressividade contra si e outros colocando em risco a integridade física do usuário ou de terceiros
- Ansiedade extrema /crise de pânico (dor no peito, formigamento nas mãos e falta de ar)
- Confusão mental
- Quadro de convulsão nas últimas 24h
- Sinais de abstinência do uso de drogas ou álcool (vômitos, tremores intensos, alucinações)
- Tentativa de suicídio

Ação1:

Encaminhar para consulta médica para estabilização imediata do quadro agudo e na continuidade do cuidado estratificar o risco

Monitorar os dados vitais.

Obs: Na ausência de suporte médico ou técnicos necessários, a equipe deve acionar o SAMU.

Sinais de alerta para ATENDIMENTO NO MESMO DIA:

- Choro persistente / inconsolável: *aplicar instrumento de apoio nº 4*
- Crises de pânico recentes: *aplicar instrumento de apoio nº 3*
- História recente de convulsão ou perda de consciência
- Sinais ou relato recente de intoxicação por uso de substâncias psicoativas (medicamentos e substâncias)
- Risco de suicídio (relato de pensamento de morte com planejamento atual): *aplicar instrumento de apoio nº 1*
- Sinais de embriaguez: aplicar instrumento de apoio nº 2

Ação2:

- Agendar para o mesmo dia consulta com Enfermeiro, Médico ou Psicólogo para estratificação de risco e planejamento da continuidade do cuidado.
- Aplicar instrumentos de apoio para identificação de depressão, ansiedade, risco de suicídio ou uso nocivo de álcool.

Sinais de alerta para ATENDIMENTO PROGRAMADO:

- Falta de perspectiva futura: *aplicar instrumento de apoio nº 4*
- Ansiedade por antecipação: *aplicar instrumento de apoio nº 3*



- Isolamento social (evita sair de casa, evita contato com outros): *aplicar instrumento de apoio nº 4*
- Interrupção de uso de psicotrópico
- Retorno de sintomas mentais antes controlados
- Sintomas somáticos (dores no corpo/queixas físicas relacionadas a causas emocionais): *aplicar instrumento de apoio nº 3*
- Relatos de agressividade no domicílio ou outros ambientes
- Uso nocivo de álcool e/ou drogas, busca ajuda para parar ou beber, sem sinais ou sintomas no momento: *aplicar instrumento de apoio nº 2*
- Outras demandas em saúde mental com ausência dos critérios citados anteriormente.

Ação3:

Agendar consulta eletiva com Enfermeiro, Médico ou Psicólogo para estratificação de risco e planejamento da continuidade do cuidado.

Aplicar instrumentos de apoio para identificação de depressão, ansiedade, risco de suicídio ou uso nocivo de álcool.

Cuidado multiprofissional: Cabe aos profissionais das diferentes categorias profissionais:

- Realizar busca ativa no caso de não comparecimento às consultas agendadas.
- Acompanhar longitudinalmente, atentando para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção.
- Estimular a participação em atividades na Unidade de Saúde.
- Divulgar o Programa Escute Seu Coração, incentivando o autocuidado.
- Avaliar a situação vacinal conforme Programa Nacional de Imunização (PNI) e indicar as vacinas necessárias para completar o esquema de acordo com a idade.
- Incentivar o uso do Aplicativo Já.

4.1.2- Instrumentos de apoio conforme sinais de alerta:

- AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO (INSTRUMENTO 1)



Manejo do profissional de acordo com Intensidade do risco para suicídio

Baixo risco: pensamentos suicidas, sem planos.

- Oferecer apoio emocional;
- Permitir que fale de seus sentimentos suicidas;
- Focalizar aspectos positivos;
- Encaminhar a um profissional de saúde para acolhimento e escuta ativa, caso não exista suporte psicossocial (Igreja, família, amigos, trabalho, etc.);
- Manter contato em intervalos regulares;
- Monitoramento pela equipe APS e família.

Médio risco: pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente.

- Oferecer apoio emocional;
- Permitir que fale de seus sentimentos suicidas;
- Focalizar aspectos positivos;
- Encaminhar a um profissional de saúde mental (psicólogo ou psiquiatra) o mais breve possível;
- Focalizar sentimentos de ambivalência entre morrer e viver;
- Explorar alternativas ao suicídio;
- Estabelecer contratos e combinados com o paciente para que ele não tente suicídio sem avisar a equipe de saúde ou por um período específico;
- Pedir autorização para entrar em contato com as pessoas e reforçar apoio;
- Orientar sobre medidas de proteção;
- Ofertar medicamentos de proteção ao suicídio (ex. Lítio);
- Monitoramento pela equipe APS e família.



Alto risco: tem plano definido, tem meios e planeja suicidar prontamente. Atenção para as medidas finalizadoras: despedidas, acertos de contas, visitas, cartas.

- Permanecer com a pessoa, não deixá-la sozinha;
- Remover objetos próximos que ofereçam risco à sua integridade física (pílulas, facas, inseticidas, armas);
- Fazer contrato (para não cometer suicídio por um período de tempo);
- Chamar o médico imediatamente e, se necessário, solicitar o apoio do NASF;
- Providenciar ambulância e encaminhar para hospitalização;
- Informar a família e reafirmar seu apoio;
- Internação involuntária pode ser necessária;
- Ofertar medicamentos de proteção ao suicídio (ex. Lítio);
- Monitoramento pela equipe APS e família, na vigência e após a intervenção indicada.

Indicações de dispositivos de tratamento nos casos de risco para o suicídio: Hospitalização

- Quadro psicótico agudo;
- Tentativa violenta, quase letal, ou premeditada;
- O usuário tomou precauções para dificultar o resgate ou a descoberta;
- Persistência do plano ou clara presença de intenção;
- Paciente com remorso de estar vivo ou sem remorso de ter tentado o suicídio;
- Paciente do sexo masculino, com mais de 45 anos, doença psiquiátrica recente e pensamentos suicidas;
- Paciente com limitação do convívio familiar, suporte social precário, perda da condição socioeconômica;
- Comportamento impulsivo persistente, agitação grave, pouca crítica, recusa evidente de ajuda;
- Alterações do estado mental devido a causas orgânicas que necessitem pesquisa da causa ou tratamento hospitalar (internamento clínico);
- Ideação suicida com plano específico de alta letalidade ou alta intencionalidade.



Centro de Atenção Psicossocial-CAPS

Ideação suicida com:

- Transtorno psiquiátrico grave;
- Tentativas anteriores de suicídio, particularmente com sérias repercussões clínicas;
- Problemas clínicos preexistentes (problema neurológico, câncer, infecção...);
- Falta de crítica ou incapacidade para colaborar com a estrutura hospitalar, ou impossibilidade de acompanhar um tratamento ambulatorial;
- Necessidade de ajuda de uma equipe para medicar;
- Necessidade de observação constante, realização de testes clínicos ou rastreamento de diagnósticos que necessitam estrutura hospitalar (internamento clínico);
- Suporte familiar e social limitado;

Ausência de tentativa de suicídio ou do relato de ideação suicida com:

- Planejamento e intenção de suicídio evidente pela evolução psiquiátrica do quadro, e/ou histórias prévias que sugiram alto risco de suicídio e um aumento recente dos fatores de risco para suicídio.

Ambulatório

Depois de uma tentativa de suicídio ou na presença de ideação suicida:

- Quando existiram claros eventos desencadeantes (fracasso em uma prova, dificuldades de relacionamentos, particularmente se a visão do paciente frente à sua dificuldade tenha mudado após sua vinda ao atendimento);
- Na presença de plano, método e intenção com baixa letalidade;
- Existência de suporte familiar e psicossocial estáveis;
- Capacidade de colaborar com recomendações para o acompanhamento ambulatorial de forma contínua, mantendo contato com seu médico e equipe de saúde;
- Paciente com uma ideação suicida crônica e/ou autolesão sem repercussão clínica grave, apresentando suporte familiar e psicossocial estáveis, ou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial já em andamento.



Internação domiciliar

Baixo risco de suicídio;

- Supervisão disponível com suporte adequado em casa;
- Vigilância/retirada de medicamentos potencialmente letais, armas brancas e de fogo;
- Manutenção de abstinência de álcool e drogas que possuem efeitos desinibitórios;
- Vedação de acesso a locais elevados e sem proteção;
- Possibilidade de evitar que o paciente fique sozinho ou trancado em um recinto;
- Revezamento de familiares e amigos na tarefa de vigilância;
- Possibilidade de ser realizado um contrato de “não suicídio”.



- AUDIT (INSTRUMENTO 2)

Questionário AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semanas

4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = de sete a nove

4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses



- T-ASI (INTRUMENTO 3)

T-ASI
(TEEN ADDICTION SEVERITY INDEX)

Este instrumento requer treinamento para seu uso adequado e deve ser utilizado de acordo com as instruções do seu manual.

Versão brasileira:

Tradução para o português falado no Brasil realizada por Profª Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes, Profª Dra. Denise De Micheli e Profª. Dra. Maria Lucia O. Souza Formigoni, após permissão dos autores. Retrotradução realizada por Maria Helena Pagdi e conferida por Y. Kaminer.

Estudo de validação:

Sartes, L.M.A.; De Micheli D; Souza-Formigoni, MLO. Psychometric and discriminative properties of the Teen Addiction Severity Index (Brazilian Portuguese version). Eur Child Adolesc Psychiatry. 2009; 18 (11): 653-61.

Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas/Departamento de Psicobiologia/Universidade Federal de São Paulo – Brasil

Rua Botucatu, 862 – 1º andar

Tel.: (11) 5539-0155

E-mail: mlosformigoni@unifesp.br e laisa.sartes@gmail.com

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Nome: _____		
2. Nome do formante: _____		
3. Grau de parentesco: _____		
4. Endereço: _____		
5. Nº do RG: _____		
6. Data de Admissão: __/__/__		
7. Data da Entrevista: __/__/__		
8. Categoria: _____	<input type="checkbox"/>	
1. Admissão		
2. Follow-up		
9. Contato: _____	<input type="checkbox"/>	
1. Entrevista		
2. Telefone		
3. Correspondência		
10. Sexo: _____	<input type="checkbox"/>	
1. Masculino		
2. Feminino		
11. Horário de início: __/__/__		
12. Situação: _____	<input type="checkbox"/>	
1. Paciente finalizou		
2. Paciente recusou		
3. Paciente incapaz de responder		
13. Data de nascimento: __/__/__		
		14. Raça: _____
		1. Branco
		2. Negro
		3. Pardo
		4. Amarelo
		5. Hispânico
		15. Preferência Religiosa: _____
		1. Protestante
		2. Católico
		3. Judeu
		4. Espírita
		5. Islâmico
		6. Outro
		7. Nenhum



As questões com asterisco [*] são aquelas sobre situações da vida do entrevistado e não devem ser feitas na avaliação de seguimento nem incluídas no cálculo do Escore Composto.

16. Você esteve em um ambiente controlado no último ano?

0. Não
1. Cadeia/prisão
2. Tratamento para droga e/ou álcool
3. Tratamento médico
4. Tratamento psiquiátrico
5. Outro

17. Por quantos dias:
Registre as datas: _____

(Não se aplica = N se o item 16 for 0 = Não)

PERFIL DE GRAVIDADE

Uso de substâncias	0	1	2	3	4
Escola	0	1	2	3	4
Emprego/sutento	0	1	2	3	4
Família	0	1	2	3	4
Amigos/relacionamento social	0	1	2	3	4
Legal	0	1	2	3	4
Psiquiátrico	0	1	2	3	4

ESCORES DE GRAVIDADE

As notas de gravidade são estimativas do entrevistador sobre a necessidade do paciente de tratamento adicional em cada área. A escala varia de 0 (tratamento não é necessário) a 4 (tratamento absolutamente necessário para intervir em situação que ameaça a vida). Cada nota é baseada na história de sintomas problemáticos do paciente, estado atual e avaliação subjetiva de sua necessidade de tratamento em cada uma das áreas. Para uma descrição detalhada do processo de derivação e conversão das notas de gravidade, veja o manual.

Nota: Essas notas de gravidade são opcionais.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

0. Não/nada/nunca
1. Um pouco
2. Moderadamente (mais ou menos)
3. Muito
4. Demais/sempre

1. USO DE SUBSTÂNCIAS (álcool e/ou drogas)

[*1]. Quais substâncias químicas você usou **nos últimos 30 dias**?

	Qtos dias	Idade de início	Via de adm. ¹
1. Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Inalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cocaína/crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Êxtase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sedativos/hipn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Opiáceos/analg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Via de administração: 1= Oral; 2= Nasal; 3= Fumada; 4= Injeção não EV; 5= Injeção EV.

[*2]. Há substâncias que você já usou antes, mas que NÃO tenha usado **nos últimos 30 dias**? (USO NA VIDA)

	Idade de início	Idade de término
1. Álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Inalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cocaína/crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Êxtase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sedativos/hipn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Opiáceos/analg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Se nunca usou nos últimos 30 dias (Q.1) ou na vida (Q.2)= marque NÃO SE APLICA (N) par as demais questões desta seção e pule para a seção seguinte (Situação Escolar).



[3]. Quais combinações de álcool e/ou drogas você usou **no último mês**?

Drogas	Nº de dias

Comentários:

[4]. Qual(is) droga(s) ou combinação de drogas você acredita ser seu principal problema? Priorize.

Drogas
1.
2.
3.
4.

OBS.: Coloque pela ordem das drogas mais problemáticas. ATENÇÃO: Se o paciente disser que não tem problemas com álcool/ drogas, mas no item 18 relatar problemas, retorne a este item e determine qual substância ele considera seu maior problema.

[5]. Por que você acredita que essa(s) droga(s) é (são) um problema importante? Cite o motivo.

Área de problemas (7 áreas do T-ASI):

1. Perda de controle e/ou fissura
2. Escola
3. Emprego/sustento
4. Família
5. Amigos/relacionamento social
6. Legal
7. Psiquiátrico

[6]. Quanto tempo durou o seu **último período** de abstinência voluntária de todas as substâncias abusadas (inclui álcool e tabaco)? meses

Nota: Se atualmente estiver abstinente, marque 0; Se nunca esteve abstinente, marque 00. Prisão e hospitalização (não relacionada a dependência) não são contadas.

[7]. Há quantos meses essa abstinência terminou? meses

[*8]. Quantas vezes você:
» Apresentou um **blackout** (não se lembrava do ocorrido na ocasião em que usou droga)?

» Teve uma overdose de drogas?

[*9]. Quantas vezes **na sua vida** você foi tratado por:

1. Abuso ou dependência de álcool?

2. Abuso ou dependência de drogas?

3. Abuso ou dependência de álcool e drogas?

OBS.: Qualquer tratamento de álcool/drogas, incluindo desintoxicação, hospital-dia, ambulatório e AA ou NA, se frequentou 3 + sessões num período de um mês.

[*10]. Quantas dessas vezes foram apenas desintoxicação?

1. Álcool?

2. Drogas?

[11]. Quanto dinheiro você diria que gastou **nos últimos 30 dias** com:

1. Álcool? R\$ _____

2. Drogas? R\$ _____

3. Tabaco? R\$ _____

[12]. Você obteve as drogas através de:

1. Favores sexuais

2. Atividades ilegais

3. Amigos/Familiares

4. Traficante

[13]. Quantos dias você esteve em tratamento ambulatorial para álcool ou drogas **no último mês**?

Nota: Não inclui aconselhamento/orientação ou terapia para uso de substâncias

[14]. De quantas reuniões de grupos de autoajuda (AA, NA, etc.) você participou **no último mês**?

[15]. Quantos dias você participou de grupos de autoajuda (AA, NA, etc.) desde o seu último acompanhamento clínico?

As questões com asterisco [] são aquelas sobre situações da vida do entrevistado e não devem ser feitas na avaliação de seguimento nem incluídas no cálculo do Score Composto.*



- [16]. Quantos dias você esteve em tratamento ambulatorial para álcool ou drogas desde o seu último seguimento?
- [17]. Quantos dias você ficou internado (comunidades terapêuticas, clínicas, etc.) por álcool e drogas desde seu último seguimento?
- [18]. Quantos dias **nos últimos 30 dias** você apresentou:
1. Problemas com álcool?
 2. Problemas com drogas?

Comentários:

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 20 e 21

0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/sempre

- [19]. O quanto você se sentiu incomodado ou perturbado **nos últimos 30 dias** por:
1. Problemas com álcool?
 2. Problemas com drogas?
 3. Problemas com Tabaco?
- [20]. Qual a importância para você, agora, de um tratamento para:
1. Problemas com álcool?
 2. Problemas com drogas?
 3. Problemas com Tabaco?

ESCORES DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

0. nenhum problema; tratamento não indicado
1. problemas leves; tratamento se necessário
2. problemas moderados; tratamento indicado
3. problemas consideráveis; necessita tratamento
4. problemas graves; tratamento é absolutamente necessário

- [21]. Como você classificaria a necessidade do paciente de tratamento para:
1. Abuso ou dependência de álcool?
 2. Abuso ou dependência de drogas?

AVALIAÇÃO DA CONFIABILIDADE

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

- [22]. Resposta propositadamente errada do paciente?
- (0) Não (1) Sim
- [23]. Incapacidade de entendimento do paciente?
- (0) Não (1) Sim

Comentários:

2. SITUAÇÃO ESCOLAR

- [1]. Você está na escola?
- (0) Não (1) Sim
- [2]. Quantos dias você faltou na escola **no último mês?**
- [3]. **Nos últimos 3 meses?**
- [4]. Quantos dias você chegou atrasado na escola **no último mês?**
- [5]. **Nos últimos 3 meses?**
- [6]. Quantas vezes você foi punido, ou qualquer outra medida foi tomada, por razões disciplinares) **no último mês** (ex.: sala do diretor/coordenador)
- [7]. **Nos últimos 3 meses?**
- [8]. Quantos dias você foi suspenso (da escola) **no último mês?**
- [9]. **Nos últimos 3 meses?**
- [10]. Quantos dias você "cabulou" (faltou às) aulas **no último mês?**
- [11]. **Nos últimos 3 meses?**
- [12]. Qual foi sua nota média **no último** boletim?



[13]. Em média, quais foram suas notas no último ano?

[14]. Você participou de alguma atividade extracurricular no último mês?
(0) Não (1) Sim

Nota: "Participação" refere-se a participação ativa do sujeito.

[15]. Você esteve presente em alguma atividade extracurricular no último mês?
(0) Não (1) Sim

Nota: "Esteve presente" refere-se a participação passiva do sujeito.

Comentários:

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 16 e 17

0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/sempre

[16]. O quanto você se sentiu incomodado por causa desses problemas na escola, no último mês?

Nota: Não inclui problemas de relações sociais

[17]. Qual a importância para você, agora, de um aconselhamento para esses problemas escolares?

ESCORES DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

0. nenhum problema; tratamento não indicado
1. problemas leves; tratamento se necessário
2. problemas moderados; tratamento indicado
3. problemas consideráveis; necessita tratamento
4. problemas graves; tratamento é absolutamente necessário

[18]. Como você classificaria a necessidade de um aconselhamento escolar?

AVALIAÇÃO DA CONFIABILIDADE

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

[19]. Resposta propositalmente errada do paciente?
(0) Não (1) Sim

[20]. Incapacidade de entendimento do paciente?
(0) Não (1) Sim

Comentários:

3. EMPREGO/SUSTENTO

(Somente pacientes que não sejam estudantes devem ser entrevistados nesta seção)

[*1]. Educação completada (quantos anos estudou, e não a idade em que deixou de estudar)

Anos	Meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>

[2]. Se você não está na escola, quando a abandonou? (Ex.: saiu da escola há três anos)

Anos	Meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>

[*3]. Treinamento ou educação técnica completada

Anos	Meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>

[4]. Você tem uma profissão ou ocupação?
(0) Não (1) Sim

Se sim, especifique: _____

NUMERAÇÃO PARA AS QUESTÕES 5 E 6:

1. trabalhador ou estudante em período integral (40h/semana)
2. trabalhador ou estudante em meio período (horários regulares)
3. meio período (horários irregulares)
4. desempregado

[5]. Padrão de emprego no último mês

[6]. Nos últimos 3 meses

Nota: Se não trabalhou no último mês e/ou nos últimos 3 meses, marque N e vá para a questão 17 (ano passado).

As questões com asterisco [] são aquelas sobre situações da vida do entrevistado e não devem ser feitas na avaliação de seguimento nem incluídas no cálculo do Escore Composto.*



7. Quanto tempo durou seu mais longo período de emprego **no último ano?**
- [8]. Quantos dias você foi pago para trabalhar **no último mês?**
- [9]. **Nos últimos 3 meses?**
- [10]. Quantos dias você se atrasou para o trabalho **no último mês?**
- [11]. **Nos últimos 3 meses?**

Comentários:

12. Quantos dias você faltou ao trabalho **no último mês?**
- [13]. Quantos dias você faltou ao trabalho nos **últimos 3 meses?**
- [14]. Quantos dias você faltou ao trabalho devido a doença **no último mês?**
- [15]. Quantos dias você faltou ao trabalho devido a doença **nos últimos 3 meses?**
- [16]. Quantas vezes você foi demitido de um trabalho **no último mês?**
- [17]. Quantas vezes você foi demitido de um trabalho **no último ano?**
- [18]. Quantas vezes você foi dispensado **no último mês?**
- [19]. Quantas vezes você foi dispensado **nos últimos 3 meses?**

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 20 e 21

0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/ sempre

- [20]. Quão satisfeito você esteve com seu desempenho no trabalho **no último mês?**
- [21]. Quão satisfeito você esteve com seu desempenho no trabalho **no último ano?**
- [22]. Se desempregado, quantos dias você procurou por um trabalho **no último mês?**

- [23]. Se desempregado, quantos dias você procurou por um trabalho **nos últimos 3 meses?**
- [24]. Quantos dias você apresentou problemas de trabalho **no último mês?**
- [25]. Quantos dias você apresentou problemas de trabalho **nos últimos 3 meses?**
- [26]. Alguém ou alguma agência governamental lhe sustenta de alguma maneira? (bolsa-escola, etc.)
- [27]. Se sim, essa fonte fornece a maioria do seu sustento?
- [28]. Qual porcentagem de sua renda é gerada por atividade ilegal?
- [29]. Quantas pessoas dependem de você para a maioria de sua alimentação, abrigo, etc.?

Comentários:

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 30 e 31

0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/ sempre

- [30]. O quanto você se sentiu incomodado por problemas de desemprego **no último mês?**
- [31]. Qual a importância para você, agora, de um aconselhamento para esses problemas de trabalho?

ESCORES DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

0. nenhum problema; tratamento não indicado
1. problemas leves; tratamento se necessário
2. problemas moderados; tratamento indicado
3. problemas consideráveis; necessita tratamento
4. problemas graves; tratamento é absolutamente necessário
32. Como você classificaria a necessidade de um aconselhamento para o trabalho?



AValiação DA CONFIABILIDADE

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

[33]. Resposta propositadamente errada do paciente?

(0) Não (1) Sim

[34]. Incapacidade de entendimento do paciente?

(0) Não (1) Sim

Comentários:

4. RELações FAMILIARES

[1]. Qual é sua situação de moradia atual?

1. com ambos os pais
2. com só um dos pais
3. com outros membros da família
4. com amigos
5. com namorado(a) ou cônjuge
6. sozinho
7. em ambiente controlado
8. situação não estável

[2]. Há quanto tempo você tem vivido nessa situação? Anos Meses

[3]. Você está satisfeito(a) com essa situação de moradia?

(0) Não (1) Sim

[4]. Você tem apresentado sérios conflitos ou problemas com:

1. mãe
2. pai
3. irmãos
4. outros membros da família
5. responsável

Nota: Registre N quando não há um membro da família na categoria (paciente sem irmãos) ou quando o paciente não está em contato com aquele familiar

[5a]. Quantos dias **no último mês?**

[5b]. Quantos dias **nos últimos 3 meses?**

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 6 e 11

0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/sempre

[6]. O quanto você sente que os membros da sua família apoiam/ajudam uns aos outros?

[7]. Com que frequência os membros da sua família brigam ou têm conflitos uns com os outros?

8. Com qual frequência os membros da sua família participam de atividades conjuntas?

9. O quanto você sente que as regras são cumpridas/obedecidas em sua casa?

10. O quanto você sente que pode confiar nos seus pais/responsáveis?

11. O quanto você pode se expressar e ser ouvido na sua família?

[12]. Você foi agredido por algum membro da sua família **no último mês?**

[13]. **Nos últimos 3 meses?**

[14]. Você teve alguma atividade sexual com algum membro da sua família **no último mês?** (excluindo cônjuge/namorado(a))

[15]. **Nos últimos 3 meses**

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 16 e 17

0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/sempre

[16]. O quanto você se sentiu incomodado por problemas familiares **no último mês?**

[17]. Qual a importância para você, agora, de um tratamento/aconselhamento para esses problemas familiares?



ESCORES DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

- 0. nenhum problema; tratamento não indicado
- 1. problemas leves; tratamento se necessário
- 2. problemas moderados; tratamento indicado
- 3. problemas consideráveis; necessita tratamento
- 4. problemas graves; tratamento é absolutamente necessário

[18]. Como você classificaria a necessidade de um aconselhamento familiar?

AVALIAÇÃO DA CONFIABILIDADE

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

[19]. Resposta propositadamente errada do paciente?

(0) Não (1) Sim

[20]. Incapacidade de entendimento do paciente?

(0) Não (1) Sim

5. RELACIONAMENTO COM PARES/ SOCIABILIDADE

[1]. Quantos amigos próximos você tem?

[2]. Quantos amigos próximos você tem que usam **regularmente**:

- 1. Álcool
- 2. Tabaco
- 3. Maconha
- 4. Cocaína
- 5. Inalantes (lança-perfume, cola, loló)
- 6. Outras drogas ilícitas

3. Quantos conflitos/discussões sérias você teve com seus amigos no último mês? (exclua seu(sua) namorado(a))?

4 - **Nos últimos 3 meses?**

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 5

0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/sempre

[5]. Quão satisfeito você está com a qualidade dos relacionamentos com seus amigos?

[6]. Você tem um(a) namorado(a)?

(0) Não (1) Sim

[7]. Há quantos(as) meses namora essa pessoa?

[8]. Quantos namorados(as) você teve no último ano?

[9]. Seu(sua) atual namorado(a) usa regularmente:

(0) Não (1) Sim

- 1. Álcool
- 2. Tabaco
- 3. Maconha
- 4. Cocaína
- 5. Inalantes (lança-perfume, cola)
- 6. Outras drogas ilícitas

[10]. Número total de conflitos e discussões sérias com seu(sua) namorado(a) **no último mês**.

[11]. **Nos últimos 3 meses?**

Comentários:

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 12

0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/sempre

[12]. Quão satisfeito você está com a qualidade do relacionamento com seu/sua namorado(a)?



- [13]. Com quem você passa a maior parte do seu tempo livre?
1. Família
 2. Amigos
 3. Gangue
 4. Namorado(a)
 5. Sozinho(a)

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 14 e 15				
0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/sempre

- [14]. O quanto você se sentiu incomodado por problemas com amigos **no último mês**?
- [15]. Qual a importância para você, agora, de um aconselhamento para esses problemas com amigos?
- [16]. Como você classificaria a necessidade de um aconselhamento para o relacionamento?

AVALIAÇÃO DA CONFIABILIDADE

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

- [17]. Resposta propositalmente errada do paciente?
- (0) Não (1) Sim
- [18]. Incapacidade de entendimento do paciente?
- (0) Não (1) Sim

6. SITUAÇÃO LEGAL

- [1]. Esta admissão foi imposta ou sugerida pelo sistema de justiça criminal? (juiz, liberdade condicional/vigiada, etc.)?
- (0) Não (1) Sim
- [2]. Você está em liberdade condicional/vigiada?
- (0) Não (1) Sim

- [*3]. Quantas vezes na sua vida você foi acusado e/ou preso por algum crime?

Qual acusação?	Idade

- [*4]. Quantas destas acusações resultaram em sentenças/condenações?

- [5]. Quantas vezes na vida você foi preso, ou colocado em um centro de detenção para jovens?

- [6]. Quanto durou sua última prisão?
- (Registre **N** se não se aplica)

- [7]. Pelo que foi acusado?
- (em caso de múltiplas acusações, marque as mais sérias; **N**= não se aplica)

- [8]. Atualmente você está aguardando acusações, julgamento ou sentenças?

(0) Não (1) Sim

- [9]. Pelo que foi acusado? (em caso de múltiplas acusações, marque as mais sérias; **N**= não se aplica)

Comentários:

- [10]. Quantos dias, **no último mês**, você foi detido ou preso?

- [11]. Quantos dias, **no último mês**, você se envolveu em atividades ilegais visando lucro?

As questões com asterisco [] são aquelas sobre situações da vida do entrevistado e não devem ser feitas na avaliação de seguimento nem incluídas no cálculo do Escore Composto.*



As questões com asterisco [*] são aquelas sobre situações da vida do entrevistado e não devem ser feitas na avaliação de seguimento nem incluídas no cálculo do Escore Composto.

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 12 e 13

0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/sempre

[12]. Quão sérios você acredita serem seus problemas com a lei (exclua problemas civis)?

[13]. Quão importante é para você, agora, o aconselhamento ou encaminhamento para esses problemas com a lei?

ESCORES DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

0. nenhum problema; tratamento não indicado
1. problemas leves; tratamento se necessário
2. problemas moderados; tratamento indicado
3. problemas consideráveis; necessita tratamento
4. problemas graves; tratamento é absolutamente necessário

[14]. Como você classificaria a necessidade do paciente de um aconselhamento ou serviço legal?

AValiação DA CONFIABILIDADE

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

[15]. Resposta propositadamente errada do paciente?
(0) Não (1) Sim

[16]. Incapacidade de entendimento do paciente?
(0) Não (1) Sim

Comentários:

7. SITUAÇÃO PSIQUIÁTRICA

[*1]. Quantas vezes você foi tratado por algum problema psicológico ou emocional (não inclui aconselhamento por problemas de uso de substância, emprego ou familiar)?

1. no hospital (internado)
2. em consultório/clínica (ambulatório)
3. total

Você teve um período significativo (que não seja um resultado direto do uso de drogas ou álcool) no qual você:

(0) Não (1) Sim

[2]. Apresentou depressão grave?

[3]. Apresentou ansiedade ou tensão grave?

[4]. Apresentou delírios?

[5]. Apresentou alucinações?

[6]. Apresentou problemas de compreensão, concentração ou memória?

[7]. Apresentou problemas em controlar comportamento violento?

[8]. Apresentou pensamentos sérios sobre suicídio?

[9]. Tentou suicídio?

[10]. Você tomou alguma medicação prescrita devido a algum problema psicológico/emocional?

[11]. Quantos dias **no último mês** você apresentou esses problemas psicológicos ou emocionais?

USE A ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE PARA AS QUESTÕES 12 e 13

0	1	2	3	4
não/nada	um pouco	moderadamente	muito	demais/sempre

[12]. O quanto você tem se sentido incomodado com esses problemas psicológicos ou emocionais **no último mês**?

[13]. Quão importante é para você agora um tratamento para esses problemas psicológicos?



OS ITENS SEGUINTE DEVE SER PREENCHIDOS PELO ENTREVISTADOR

Durante a entrevista, o paciente esteve:

(0) Não (1) Sim

- [14]. Claramente depressivo/retraído
- [15]. Claramente hostil
- [16]. Claramente ansioso/nervoso
- [17]. Apresentando problemas com a percepção da realidade, distúrbios de pensamentos, pensamento paranoico
- [18]. Apresentando problemas de compreensão, concentração, memória
- [19]. Apresentando pensamentos suicidas

ESCORES DE GRAVIDADE DO ENTREVISTADOR

0. nenhum problema; tratamento não indicado
1. problemas leves; tratamento se necessário
2. problemas moderados; tratamento indicado
3. problemas consideráveis; necessita tratamento
4. problemas graves; tratamento é absolutamente necessário
- [20]. Como você classificaria a necessidade do paciente de um tratamento psiquiátrico ou psicológico?

AValiação DA CONFIABILIDADE

As informações acima foram significativamente distorcidas por:

- [21]. Resposta propositadamente errada do paciente?
(0) Não (1) Sim
- [22]. Incapacidade de entendimento do paciente?
(0) Não (1) Sim

REFERÊNCIAS ORIGINAIS:

- Kaminer, Y., Wagner, E. & Plummer, B. (1993). Validation of the Teen Addiction Severity Index (T-ASI): Preliminary findings. *American Journal on Addictions*, 2, 250-4.
- Kaminer, Y., Bukstein, O.G. & Tarter, R. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: Rationale and Reliability. *International Journal of Addiction*, 26, 219-26.
- Kaminer, Y. Bukstein, O.G. & Tarter, T.E. (1999). Teen Addiction Severity Index (T-ASI) Instruction manual – Yfrah Kaminer – Univ Connecticut Health Center (kaminer@psychiatry.uhc.edu)
- Kaminer, Y. (1994). Adolescent substance abuse: a comprehensive guide to theory and practice. New York and London: Plenum Medical Book Company.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H.L. & O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index : reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-23.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse*, 9, 199-213.



- TRIAGEM PARA ANSIEDADE (INSTRUMENTO 4)

TRIAGEM PARA ANSIEDADE

1. Você tem se preocupado demais?
2. Você tem se sentido esgotado, tenso?
3. Você tem se sentido muito irritado(a) ou com “problema nos nervos”?
4. Você tem tido dificuldade em relaxar?

Se houver pelo menos dois ‘sim’, faça as perguntas a seguir:

- A. Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?
- B. Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal estar na cabeça?
- C. Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batedeira etc. (sintomas autonômicos)?
- D. Você está preocupado com sua saúde?
- E. Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas?

Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade. Pode-se orientar o usuário participar de atividades coletivas (atividade física, saúde mental), e casos de maior risco, agendar consulta para avaliação do médico assistente.

Fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro. CEPESC, 2009. 6 p.



- TRIAGEM PARA DEPRESSÃO (INSTRUMENTO 5)

TRIAGEM PARA DEPRESSÃO

1. Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
2. Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente?

Se houver menos uma resposta ‘sim’, faça as perguntas a seguir:

A - Seu apetite mudou de forma significativa?

B - Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para dormir, acordar no meio da noite, dormir demais)?

C - Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?

D - Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?

E - Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?

F - Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?

G - Teve por várias vezes pensamentos ruins, como seria melhor estar morto, ou fazer mal a si

mesmo?

Se “sim” em 1 ou 2 + “sim” em qualquer um de A à G, há risco de depressão:

- 3 e 4 respostas positivas - depressão leve (pode ser indicado participar de grupos de apoio no território da UBS)
- 5 a 7 respostas positivas - depressão moderada (passar por avaliação médica e/ou apoio NASF Psicologia/Psiquiatria)
- Risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas - depressão grave

Em caso de depressão: Avaliar risco de suicídio

Fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro. CEPESC, 2009. 6 p.

4.2- Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)

O termo autismo foi introduzido em 1911 por Bleuler para designar a perda do contato com a realidade, acarretando numa grande dificuldade de comunicação com as outras pessoas. Em 1943, Leo Kanner destacou uma síndrome particular, o autismo infantil precoce, definindo como uma patologia própria que se apresenta na infância. A importância do trabalho de Kanner foi de diferenciar esses casos de outros como o retardo mental e a esquizofrenia⁵⁵.

O “isolamento autístico extremo”, definido por Kanner, conforme apresentado na linha de cuidado às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias, se refere a atitudes das crianças como negligenciar, ignorar ou recusar o contato com o ambiente, e esse comportamento pode estar presente desde os primeiros meses de vida. “Assim, algumas mães costumavam recordar que o filho não mostrava uma atitude corporal antecipatória, não inclinando o rosto nem movendo os ombros antes de ser levado ao colo. Uma vez no colo, o filho não ajustava seu corpo ao daquele que o carregava. Além disso, a criança podia não apresentar mudanças em sua expressão facial ou posição corporal quando os pais ou cuidadores voltavam para casa, se aproximavam e falavam com ela. A maior parte desses sinais precocíssimos era identificada retrospectivamente, de modo que os problemas na aquisição da fala costumavam ser os primeiros sinais inequívocos de que algo estava errado”¹¹.

A causa do autismo ainda é desconhecida. Há quem defenda que o autismo tem uma causa psíquica, ou seja, que o desenvolvimento subjetivo da criança foi marcado por algum evento ou falta dele, que gere um quadro de autismo; há outros que defendem que a causa é genética ou neurológica^{55,56,57,58}.

Os sinais do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) aparecem, caracteristicamente, antes dos 3 anos de idade⁴. O TEA é amplo e inclui desde quadros mais leves, com preservação da fala e algum vínculo social – e que normalmente são descritos em associação a alguma habilidade muito desenvolvida, até os casos moderados e graves. Estes, os moderados e graves, sem a presença da linguagem desenvolvida, com atividade motora aumentada, movimentos estereotipados e pouca autonomia para habilidades sociais básicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde⁵⁹, as estimativas atuais de prevalência de TEA em crianças giram em torno de 0,6%, apresentando uma



proporção entre meninos e meninas de aproximadamente 3:160, não havendo relação entre padrão socioeconômico, etnia e raça.

Sinais de alerta para TEA

- Queixas dos pais ou cuidadores de que o bebê é diferente;
- Criança não faz contato olho a olho;
- Não responde ao chamado de voz;
- Manifesta preferência em ficar sozinho a ser carregado no colo.

A detecção precoce de sinais de autismo pode proporcionar intervenções mais eficazes, sendo estas de caráter multimodal - utilização de abordagens múltiplas visando áreas específicas, como a social, a cognitiva, a motora e a escolar - e multidisciplinar - incluindo profissionais da APS, professores, profissionais de saúde mental, da reabilitação, dentre outros. A clínica dos casos tem demonstrado que atendimentos interdisciplinares e multiprofissionais que incluem tantos aspectos que ajudem no desenvolvimento de habilidades sociais, bem como cuidado psicossocial e familiar, ajudam as famílias, as escolas e as crianças a melhorar seus comprometimentos.

IMPORTANTE

Em caso de suspeita de transtornos do espectro do autismo, é importante compartilhar o caso com os profissionais da equipe eMulti, Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e Centros de Reabilitação (CRI)

Sinais e sintomas de Transtorno de Espectro do Autismo

Com a finalidade de auxiliar os profissionais da APS no reconhecimento de sinais e sintomas que podem indicar atraso do desenvolvimento e transtorno do espectro do autismo em crianças e adolescentes, seguem os principais sinais, por faixa etária⁶¹:

Sinais e sintomas relacionados a TEA em crianças até 5 anos⁶¹

Interação social e comunicação Linguagem

- Atrasos no desenvolvimento da fala (balbucios ou palavras) - por exemplo, falar menos que dez palavras aos 2 anos.
- Regressão ou perda da fala.



- A linguagem - se presente - pode incluir sinais incomuns: – Vocalização sem discurso; – Entonação estranha; – Repetição frequente de palavras e frases (ecolalia); – Referência de si próprio pelo próprio nome ou por “você” ou “ela/ele” após os 3 anos;
- Uso de palavras isoladas para se comunicar.

Respondendo a outras pessoas

- Não responde ao chamado de voz, mesmo com a audição preservada.
- Ausência de sorriso social.
- Resposta reduzida ou ausente a expressões faciais ou sentimentos de outras pessoas.
- Resposta excessivamente negativa às solicitações de outras pessoas.
- Rejeição ao carinho dos pais ou cuidadores.

Interagindo com outras pessoas

- Percepção reduzida ou ausente do seu espaço pessoal ou intolerância às pessoas que entram em seu espaço.
- Ausência ou diminuição de interesse social, inclusive com crianças de sua idade, podendo rejeitar os outros - quando se interessa por outras pessoas, pode se aproximar de forma inadequada, parecendo ser agressivo.
- Dificuldade para brincar de “faz de conta”.
- Dificuldade em brincar com outras crianças - brinca sozinho.
- Dificuldade de se entreter em atividades que a maioria das crianças gostam.

Contato visual, apontar e outros gestos

- Uso reduzido ou ausente de gestos e expressões faciais para se comunicar.
- Contato visual reduzido ou ausente, embora possua visão preservada.
- Atenção compartilhada reduzida ou ausente, mostrada pela falta de: – Mudança no olhar; – Seguimento de um ponto para onde outra pessoa aponta – podendo olhar para a mão; – Apontar ou exibir objetos para demonstrar seus interesses.

Ideias e imaginação

- Imaginação reduzida ou ausente.



Interesses incomuns ou restritos e/ou comportamentos repetitivos

- Movimentos repetitivos “estereotipados”, como movimentos de mãos e balanço do corpo enquanto se mantém em pé.
- Jogos repetitivos como, por exemplo, abertura e fechamento de portas.
- Interesses excessivamente focados ou incomuns.
- Insistência excessiva em seguir hábitos.
- Reatividade emocional extrema a mudanças ou situações novas.
- Ausência ou pouca reação a estímulos sensoriais.
- Reação excessiva ao gosto, cheiro, textura ou aparência de alimentos ou a mudanças alimentares

Sinais e sintomas relacionados a TEA em crianças de 5 a 11 anos⁶ Interação social e comunicação

Linguagem

- Uso muito limitado da fala.
- Tom monótono ao falar.
- Discurso repetitivo, uso frequente de frases estereotipadas ou conteúdo dominado por informações excessivas sobre temas de interesse próprio.
- Tendência a falar em monólogo, sem conversa bidirecional.

Respondendo a outras pessoas

- As respostas a outras pessoas podem parecer rudes ou inapropriadas.
- Resposta reduzida ou ausente a expressões faciais ou demonstrações de sentimentos de outras pessoas.
- Não responde ao chamado de voz, mesmo com a audição preservada.
- Dificuldades sutis na compreensão das intenções de outras pessoas - pode levar as coisas literalmente e entender mal o sarcasmo ou metáforas.
- Resposta excessivamente negativa aos pedidos de outras pessoas.

Interagindo com outras pessoas

- Percepção reduzida ou ausente do seu espaço pessoal ou intolerância às pessoas que entram em seu espaço.



- Ausência ou diminuição de interesse social, inclusive com crianças de sua idade, podendo rejeitar os outros - quando se interessa por outras pessoas, pode se aproximar de forma inadequada, parecendo ser agressivo.
- Ausência ou diminuição do ato de se despedir ou de saudar outras pessoas.
- Percepção reduzida ou ausente de comportamentos socialmente esperados.
- Habilidade reduzida ou ausente de brincar com outras crianças, ou com as ideias de outras crianças - brinca sozinho.
- Incapaz de adaptar a forma de se comunicar às situações sociais, podendo ser excessivamente formal ou inapropriadamente familiar.
- Dificuldade de se entreter em situações que a maioria das crianças gostam.

Contato visual, apontar e outros gestos

- Ausência ou uso restrito de gestos e expressões faciais para se comunicar.
- Contato visual reduzido ou ausente, embora possua visão preservada.
- Atenção compartilhada reduzida ou ausente, mostrada pela falta de: – Mudança no olhar; – Seguimento de um ponto para onde outra pessoa aponta – podendo olhar a mão; – Apontar ou exibir objetos para demonstrar seus interesses.

Ideias e imaginação

- Redução ou ausência de jogos imaginários ou criatividade.
- Faz comentários sem prestar atenção ao contexto social ou a hierarquias.

Interesses incomuns ou restritos e/ou comportamentos repetitivos

- Movimentos repetitivos “estereotipados”, como movimentos de mãos e balanço do corpo enquanto se mantém em pé.
- Interesses excessivamente focados ou incomuns.
- Rígida expectativa de que as outras crianças devam aderir às regras do jogo.
- Insistência excessiva em seguir hábitos.
- Reatividade emocional excessiva em relação às circunstâncias.
- Fortes preferências em relação a rotinas.
- Não gosta de mudanças – muitas vezes reage com ansiedade ou outras formas de angústia, incluindo agressão.



- Ausência ou excesso de reações a estímulos sensoriais.
- Reação excessiva ao gosto, cheiro, textura ou aparência de alimentos ou a mudanças alimentares.

Outros fatores que podem estar relacionados

- Perfil incomum de habilidades ou déficits - por exemplo, habilidades sociais ou de coordenação motora mal desenvolvidas, enquanto áreas específicas de conhecimento, habilidades de leitura ou vocabulário são avançadas para a idade.
- Desenvolvimento social e emocional mais imaturo do que outras áreas de desenvolvimento, confiança excessiva (ingenuidade), falta de senso comum.

Sinais e sintomas relacionados a TEA em crianças/adolescentes com mais de 11 anos⁶¹

Interação social e comunicação Linguagem

- Uso muito limitado da fala.
- Tom monótono ao falar.
- Discurso repetitivo, uso frequente de frases estereotipadas ou conteúdo dominado por informações excessivas sobre temas de interesse próprio.
- Tendência a falar em monólogo, sem conversa bidirecional.
- As respostas a outras pessoas podem parecer rudes ou inapropriadas.

Interagindo com outras pessoas

- Percepção reduzida ou ausente do seu espaço pessoal ou intolerância às pessoas que entram em seu espaço.
- Dificuldades persistentes na comunicação e na interação social: poucos amigos íntimos ou relações.
- Compreensão reduzida ou ausente de amizade - embora possa achar mais fácil com adultos ou crianças mais novas.
- Isolamento social e aparente preferência pela solidão.
- Ausência ou redução do ato de se despedir ou de saudar outras pessoas.
- Percepção reduzida ou ausente de comportamentos socialmente esperados.
- Problemas quando perde nos jogos e na compreensão quando há mudança nas regras. ■ Pode parecer inconsciente ou desinteressado no que outras pessoas da sua idade estão interessadas.



- Incapaz de adaptar a forma de se comunicar às situações sociais, podendo ser excessivamente formal ou inapropriadamente familiar.
- Dificuldades sutis na compreensão das intenções de outras pessoas - pode levar as coisas literalmente e entender mal o sarcasmo ou metáforas.
- Faz comentários sem prestar atenção ao contexto social ou a hierarquia.
- Resposta excessivamente negativa às solicitações de outras pessoas.

Contato visual, apontar e outros gestos

- Gestos pouco integrados - expressões faciais, orientação corporal, contato visual.

Ideias e imaginação

- Histórico de redução ou ausência de jogos imaginários ou criatividade.

Interesses incomuns ou restritos e/ou comportamentos repetitivos

- Movimentos repetitivos “estereotipados”, como movimentos de mãos e balanço do corpo enquanto se mantém em pé.
- Preferência por interesses ou passatempos altamente específicos.
- Forte adesão às regras.
- Comportamentos ou rituais altamente repetitivos que afetam negativamente as atividades diárias do jovem.
- Distúrbio emocional excessivo no que parece fácil para outras pessoas, por exemplo, nas mudanças de rotina.
- Não gosta de mudanças - muitas vezes reage com ansiedade ou outras formas de angústia, incluindo agressão.
- Ausência ou excesso de reações a estímulos sensoriais.
- Reação excessiva ao gosto, cheiro, textura ou aparência de alimentos ou a mudanças alimentares.

Outros fatores que podem estar relacionados

- Perfil incomum de habilidades e déficits (por exemplo, habilidades de coordenação social ou motora mal desenvolvidas, enquanto áreas específicas de conhecimento, habilidades de leitura ou vocabulário são avançadas para a idade).

- Desenvolvimento social e emocional mais imaturo do que outras áreas de desenvolvimento, confiança excessiva (ingenuidade), falta de senso comum.

Aspectos essenciais da avaliação de crianças com TEA

Na história clínica, avaliar:	No atendimento à criança, avaliar:
História pré e perinatal	Enfoque no contato visual
Desenvolvimento inicial e da linguagem	Capacidade de relacionar-se
Sensibilidade sensorial	Capacidade para brincadeiras
Comportamentos repetitivos	Engajamento nas conversas de formas recíproca
História familiar	Tom de voz e entonação
História médica	Movimentos incomuns ou com estereotípias
	Necessidade de fazer determinadas coisas sempre da mesma forma
	Sem possibilidade de mudança

Durante a avaliação da criança busque imaginar o mundo através dos seus olhos e observar os sentimentos que são gerados em você durante a consulta. Você pode se sentir ignorado, com muita dificuldade de engajar a criança em brincadeiras, ou ser utilizado como “ferramenta”. Com crianças um pouco mais velhas, a consulta pode ser dominada por um discurso sobre pormenores de um assunto específico, sem flexibilidade para mudar de assunto, com uma fala pedante ou do tipo professoral, com a incapacidade da criança em analisar se você está interessado ou não no tópico.

O Diagnóstico definitivo de Transtorno do Espectro do Autismo só pode ser firmado após os 3 anos de idade⁷. No entanto, identificar o mais cedo possível sinais de risco para TEA é de fundamental importância para garantir que as crianças possam receber os cuidados e estímulos necessários, prevenindo agravos e minimizando o comprometimento global da criança.

Uma ferramenta valiosa para os profissionais de saúde advém da visualização de vídeos caseiros produzidos a partir da popularização dos smartphones. Esse material permite a avaliação das crianças em outros ambientes que não nos consultórios, em interação com outras pessoas diversas, facilitando o entendimento global do seu comportamento. Essa medida pode ser usada em um



processo diagnóstico, sendo um diário rico e acessível. Muitos dos estudos para identificação de sinais de autismo basearam-se em análises retrospectivas de vídeo-gravações²⁸. É recomendado que o aprofundamento na investigação diagnóstica seja feito em parceria com os profissionais das redes de saúde mental e reabilitação.

Diagnóstico diferencial e comorbidades – TEA

O transtorno do espectro do autismo é capaz de apresentar outras manifestações físicas e psíquicas, chamadas de comorbidades, elencadas a seguir. Além disso, há uma sequência de diagnósticos diferenciais que devem ser levados em consideração para evitar diagnósticos equivocados.

Ressalta-se que as ações de intervenção nos problemas apresentados pela criança são mais importantes do que o trabalho de concluir o diagnóstico na APS. Por isso, é fundamental ser feita a articulação com as redes de saúde mental e reabilitação o mais rápido possível.

Diagnóstico diferencial e comorbidades – TEA

Diagnóstico Diferencial

Retardo Mental

Distúrbios específicos de linguagem (DEL)

Mutismo seletivo

Depressão

Transtorno de apego reativo

Surdez

Comorbidades

Epilepsia e outros quadros neurológicos

Retardo Mental

Ansiedade

Os casos com diagnóstico confirmado de retardo mental, distúrbio específicos de linguagem (DEL) e mutismo seletivo, poderão ser encaminhados para Centro de Reabilitação Integrada (CRI). Já para a deficiência auditiva poderá ser encaminhado via sistema de informação para especialidade de Otorrinolaringologia.



Doenças ou alterações triadas		
Doença Falciforme, Fibrose Cística, Hipertrofia Adrenal Congênita, Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, e Deficiência de Biotinidase (as três últimas doenças destacadas, podem sugerir atraso no desenvolvimento psicomotor	Catarata congênita (alteração da transparência do cristalino); Glaucoma (pode causar alteração da transparência da córnea); Toxoplasmose (alteração da transparência do vítreo pela inflamação); Retinoblastoma (alteração da coloração da retina pelo tumor intraocular); e Descolamentos de retina tardios.	Alterações auditivas ao nascer
Observações		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Propõe o gerenciamento dos casos positivos por meio de monitoramento e acompanhamento da criança durante o seu tratamento⁶³. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Casos alterados devem ser encaminhados ao Oftalmologista - Reflexo Vermelho Alterado, via SISREG, para confirmação. ✓ Na hipótese de confirmação diagnóstica de deficiência visual agendar via SISREG no CER – Reabilitação Visual. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Caso o recém-nascido não tenha realizado o Teste na maternidade deve-se encaminhar o mais cedo possível para a realização, via SISREG, no procedimento - "Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva". ✓ Se na contrarreferência o resultado estiver alterado, agendar para "Reabilitação auditiva" via SISREG. ✓ Não é necessário encaminhar diretamente para o BERA. Este exame faz parte do rol de procedimentos da Reabilitação Auditiva e será realizado quando indicado.

Investigar alteração na triagem neonatal

É importante analisar ou rever os exames da triagem neonatal para excluir hipóteses diagnósticas com sinais e sintomas semelhantes às alterações no desenvolvimento mental infantil, ou que podem interferir no desenvolvimento neuropsicomotor da criança²⁹.

TESTE DO PEZINHO (Triagem Neonatal)	TESTE DO REFLEXO VERMELHO (TRV)	TESTE DA ORELHINHA (EOE - Emissões Otoacústicas Evocadas)
Identifica precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas, para que haja tratamento em tempo oportuno, evitando sequelas e até mesmo a morte ⁶⁴ .	Rastreamento de alterações que causam perda da transparência dos meios oculares.	Detecta possíveis riscos de alteração auditiva ao nascer.
Período para realização		
Necessidade de ser realizado até o 5º dia de vida do bebê ⁶⁴	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Período neonatal para detecção de catarata congênita. Esse procedimento é realizado ao nascer, no 2º, 6º e 12º mês de vida. 	A partir do nascimento, preferencialmente após as primeiras 48 horas de vida do bebê, podendo ser realizado durante os primeiros 3 meses de vida ⁶⁴ .

Direitos da criança com TEA e com outras deficiências

As crianças com TEA, além dos direitos previstos a todos pela Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei 8069/90), também possuem direitos específicos previstos na Política Nacional de Proteção aos Direitos da Pessoa com Transtorno do

Espectro do Autismo (TEA)66 (Lei 12.764/2012) e outras leis para pessoas com deficiência (as leis 7.853/8967, 8.742/9368, 8.899/9469, 10.048/200070, 10.098/200071, dentre outras) assegurando o acesso aos direitos de cidadania⁷.

■ **Benefício de Prestação Continuada (BPC):** A assistência social dispõe de 1 salário mínimo voltado às famílias com renda inferior a ¼ do salário mínimo e comprovação da deficiência e do nível de incapacidade para vida independente e do trabalho atestado pela perícia médica e social do INSS. É necessário agendar o atendimento no INSS pelo telefone central da Previdência Social: 135 ou pela internet no site www.previdenciasocial.gov.br. Para recebimento do benefício, é necessário que a criança esteja inserida no Cadastro Único (CAD Único) para Programas Sociais do Governo Federal, podendo ser realizado no Centro de Referência de Assistência Social do seu território. Caso o usuário precise de mais informações também sobre outros programas da assistência social, antes de ir ao INSS encaminhe o usuário para o CRAS de referência da sua unidade.

Há situações em que familiares solicitam laudos para comprovação do TEA, mas o profissional da APS ainda não tem clareza do diagnóstico, se fazendo necessária uma avaliação cuidadosa. A emissão de laudos deve estar vinculada ao cuidado integral da criança.

IMPORTANTE

O profissional de saúde deve fornecer todas as informações e orientações sobre os direitos do usuário, no entanto é necessário trabalhar com os familiares que o diagnóstico de deficiência definido para aquisição do benefício não deve ser tomado como fator limitante na vida da criança, impedindo que ela se desenvolva, aprenda e futuramente trabalhe. Ao contrário, é preciso que também seja garantido, junto a estes, o direito da criança ao acesso ao tratamento necessário e à escolaridade.

A Lei Brasileira de Inclusão – LBI nº 13.146/201573 foi instituída para assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. A mesma trata, em seu Artigo 28, parágrafo primeiro, de todos os direitos à educação.

Leia mais sobre em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm

Níveis de Gravidade para Transtorno do Espectro do Autismo

- Nível 1 “Exigindo apoio”



Comunicação social: Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são comumente malsucedidas.

Comportamentos restritos e repetitivos: Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

- **Nível 2 “Exigindo apoio substancial”**

Comunicação social: Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.

Comportamentos restritos e repetitivos: Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.

- **Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”**

Comunicação social: Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.

Comportamentos restritos e repetitivos: Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.



Um diagnóstico definitivo de transtorno do espectro do autismo só pode ser firmado após os três anos de idade. Porém, os indícios e a identificação de tendência para os TEA aparecem cedo. Há dados importantes sobre o diagnóstico na publicação sobre a linha de cuidado em autismo, do Ministério da Saúde.

Referência e Encaminhamento

Encaminhar para o serviço de atenção secundária (Ambulatório ou CAPS) de sua referência: Os usuários que apresentem prejuízos quanto as suas funcionalidades e/ou necessitem atendimento multiprofissional e/ou atendimento psiquiátrico ou neurológico, quando outras estratégias realizadas na APS se mostrarem insuficientes, devendo assim compartilhar o cuidado com demais pontos da RAPS.

Para o acompanhamento dos pacientes de TEA, caracterizados como “Nível 1”, esses devem seguir o acompanhamento no CAPSij. Já os pacientes com nível de suporte 2 e 3 com mais de 02 anos e 06 meses de idade serão encaminhados para acompanhamento no Projeto Corujas do Bem e crianças de 0 a 05 anos, 11 meses e 29 dias também de nível 2 e 3 poderão ser encaminhados na APAE.

Ressaltamos que, enquanto a criança estiver na fila de espera para o Projeto Corujas do Bem ou para a APAE, o acompanhamento no CAPSij deverá ser mantido.

4.3- Transtorno Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH)

Os transtornos hipercinéticos, ditos transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), constituem um grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva.

Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras do que por desafio deliberado.

Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As



complicações secundárias podem incluir desde a perda de autoestima até um comportamento com tendências dissociais.

Avaliação e Diagnóstico

F90 Transtornos hipercinéticos

Exclui: esquizofrenia (F20.), transtornos ansiosos (F41.), transtornos globais do desenvolvimento (F84.), transtornos do humor [afetivos] (F30-F39).

F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção

- Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade;
- Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade;
- Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção.

F90.1 Transtorno hipercinético de conduta

- Transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta.

F90.8 Outros transtornos hipercinéticos

F90.9 Transtorno hipercinético não especificado

- Reação hipercinética da infância ou da adolescência sem outra especificação;
- Síndrome hipercinética sem outra especificação.

F98.8 Outros transtornos comportamentais e emocionais especificados com início habitualmente na infância ou adolescência

Déficit de atenção sem hiperatividade.

Os principais sinais de hiperatividade e impulsividade baseiam-se na história pré-natal detalhada dos padrões de desenvolvimento precoce de uma criança e na observação direta da mesma, em especial em situações que requerem atenção. A hiperatividade pode ser mais grave em algumas situações (p. ex., escola) e menos acentuada em outras (p. ex., entrevistas individuais), e ser menos óbvia em atividades prazerosas estruturadas (esportes).

O diagnóstico de TDAH requer sintomas persistentes e prejudiciais de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causem prejuízo em pelo menos duas situações diferentes. Por exemplo, muitas crianças afetadas têm dificuldades na escola e em casa.

O diagnóstico é clínico, feito pela anamnese e pelo exame das funções psíquicas. Não há exames laboratoriais, de imagens cerebrais ou testes psicológicos que possam definir se uma pessoa se enquadra ou não nos critérios da CID-10 ou do DSM-5 para os transtornos hipercinéticos e de atenção. O ideal, neste tipo de quadro, é trabalhar com as duas classificações, simultaneamente.

De modo simplificado, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade do DSM-5 é composto por três características básicas: a dificuldade de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. O transtorno inclui, pois, três subtipos:

- Um subtipo combinado em que todos os três sinais indispensáveis ao diagnóstico estão presentes (hiperatividade, desatenção e impulsividade);
- Um subtipo com predominância de desatenção, com pouca hiperatividade ou impulsividade;
- Um subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo no qual a hiperatividade e a impulsividade existem, mas não a desatenção.

Ao contato com uma criança ou um adolescente suspeito de ter sintomas do transtorno, a primeira questão a ser examinada pelo especialista é a da **frequência** dos sintomas.

Outra questão é a da **duração** dos sintomas de desatenção ou de hiperatividade e de impulsividade. Normalmente, as crianças com TDAH apresentam uma história de vida **desde a idade pré-escolar** com a presença de sintomas ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia.

A presença de sintomas de desatenção com hiperatividade e impulsividade por curtos períodos (dois a três meses), iniciados claramente após um desencadeante psicossocial (por exemplo, a separação dos pais) deve alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade sejam sintomas de outro quadro, e não de TDAH.

É importante que a **persistência dos sintomas**, em vários locais e ao longo do tempo, seja avaliada. Os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade precisam ocorrer **em vários ambientes** da vida da criança (por exemplo, escola e casa):

Na CID-10 convencionou-se que sejam necessários seis sintomas de desatenção, três de hiperatividade e um de impulsividade.



No **DSM-5** foi definido um número mínimo de sintomas como necessários para o diagnóstico: seis sintomas de desatenção com duração mínima de 6 meses e 6 sintomas de hiperatividade ou de impulsividade com duração mínima de 6 meses. Os sintomas são os seguintes:

A. Desatenção:

- Dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho;
- Dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- Parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- Não seguir instruções;
- Não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais;
- Dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- Evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante;
- Perder coisas necessárias para tarefas ou atividades;
- Distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias.

B. Hiperatividade:

- Agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira;
- Abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- Correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado;
- Dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- Estar freqüentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo o vapor”;
- Falar em demasia.

C. Impulsividade:

- Freqüentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas;
- Com freqüência ter dificuldade em esperar a sua vez;
- Freqüentemente interromper ou se meter em assuntos de outros.

A estes sintomas somam-se outros critérios, que devem também estar presentes:



- Alguns sintomas de hiperatividade e impulsividade ou desatenção que causam prejuízo devem estar presentes antes dos 12 anos de idade.
- Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola, trabalho e em casa, por exemplo).
- Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhores explicados por outro transtorno mental.

O construto do transtorno **não é categorial**: não há sinais ou sintomas próprios ou específicos do quadro, que não existam na população normal. O construto é dimensional: os sinais e sintomas, em dimensões pequenas, podem existir em qualquer pessoa, em toda a população. **Só constituem transtorno quando em dimensões grandes**, mostrando-se exageradas em relação ao normal estatístico, e com graves prejuízos:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Questionários e escalas a serem preenchidas pelos pais ou pelos professores são polêmicos e duvidosos. Não há evidências científicas de que este tipo de questionário possa, efetivamente, auxiliar na montagem de um diagnóstico. Os profissionais de saúde devem, pois, desencorajar que as escolas se utilizem de tais questionários ou de outros métodos de *screening* para buscarem definir crianças desatentas ou hiperativas.

Contudo, a escala de problemas de atenção da lista de comportamentos infantis CBCL (*Child Behavior Checklist*), pode ser uma informação adjuvante ao médico que fará o diagnóstico clínico, especialmente para os transtornos do tipo combinado, mas são contingentes e não devem ser interpretadas como métodos para garantir ou validar diagnósticos, pois dão falsos positivos muito frequentes em ambientes culturais sul brasileiros.



Os questionários experimentais denominados SNAP-IV e *Adult Self-Report Scale* não estão validados para uso no Brasil e são de uso altamente polêmico. Não devem, portanto, ser utilizados, exceto em ambientes acadêmicos de investigação, seguindo-se as regras de pesquisa em seres humanos voluntários. Sofrem críticas severas ao serem empregados no cotidiano da clínica.

Etiologia

Temperamentais: O TDAH está associado a níveis menores de inibição comportamental, de controle à base de esforço ou de contenção, a afetividade negativa e/ou maior busca por novidades. Esses traços predisõem algumas crianças ao TDAH, embora não sejam específicos do transtorno.

Ambientais: Muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas) confere um risco 2 a 3 vezes maior para TDAH, embora a maioria das crianças com baixo peso ao nascer não desenvolva transtorno. Embora o TDAH esteja correlacionado com tabagismo na gestação, parte dessa associação reflete um risco genético comum. Uma minoria de casos pode estar relacionada a reações a aspectos da dieta. Pode haver história de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxina (p. ex., chumbo), infecções (p. ex., encefalite) ou exposição ao álcool no útero. Exposição a toxinas ambientais foi correlacionada com TDAH subsequente, embora não se saiba se tais associações são causais.

Genéticos e Fisiológicos: O TDAH é frequente em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno. A herdabilidade do TDAH é substancial. Enquanto genes específicos foram correlacionados com o transtorno, eles não constituem fatores causais necessários ou suficientes. Deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas, transtornos do sono, deficiências nutricionais e epilepsia devem ser considerados influências possíveis sobre sintomas de TDAH.

O TDAH não está associado a características físicas específicas, ainda que taxas de anomalias físicas menores (p. ex., hipertelorismo, palato bastante arqueado, baixa implantação de orelhas) possam ser relativamente aumentadas. Atrasos motores sutis e outros sinais neurológicos leves podem ocorrer. (Notar que falta de jeito e atrasos motores comórbidos devem ser codificados em separado [p. ex., transtorno do desenvolvimento da coordenação]).

Modificadores do Curso: Padrões de interação familiar no começo da infância provavelmente não causam TDAH, embora possam influenciar seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta.

Diagnóstico Diferencial

Primeiramente, deve ser considerado um temperamento consistindo em alto nível de atividade e período de atenção curto, mas com variação normal de expectativa para a idade da criança. Diferenciar essas características temperamentais dos sintomas fundamentais de TDAH antes dos 3 anos é difícil, principalmente devido aos aspectos sobrepostos de um sistema nervoso imaturo e ao aparecimento de sinais de prejuízos visuais, motores e perceptivos que costumam estar relacionados ao transtorno. A ansiedade precisa ser avaliada. Ela pode acompanhar o transtorno como um aspecto secundário, e ansiedade por si só pode ser manifestada por hiperatividade e fácil distratibilidade.

Mania e TDAH compartilham muitos aspectos centrais, como verbalização excessiva, hiperatividade motora e altos níveis de distratibilidade. Além disso, em crianças com mania, a irritabilidade parece ser mais comum do que a euforia. Ainda que mania e TDAH possam coexistir, crianças com transtorno bipolar tipo I exibem mais oscilações de sintomas do que aquelas com TDAH.

Com frequência, transtorno da conduta e TDAH coexistem, e ambos podem ser diagnosticados. Transtornos de aprendizagem de vários tipos também devem ser diferenciados de TDAH; uma criança pode ser incapaz de ler ou de fazer exercícios matemáticos devido a um transtorno de aprendizagem, e não pela desatenção.

O TDAH muitas vezes coexiste com um ou mais transtornos de aprendizagem, incluindo transtorno da leitura, transtorno da matemática e transtorno da expressão escrita ser generalizadas e não caracterizadas por movimentos estereotipados repetitivos. No transtorno de Tourette, tiques múltiplos e frequentes podem ser confundidos com a inquietude generalizada do TDAH. Pode haver necessidade de observação prolongada para que seja feita a distinção entre inquietude e ataques de múltiplos tiques.

Tratamento

Intervenções e Estratégias não medicamentosas

A diretriz da Academia Americana de Pediatria prega que o tratamento do TDAH vai depender da idade do usuário:

Para pré-escolares (4-5 anos) o tratamento de primeira escolha deve ter como base as terapias de comportamento administradas por pais ou professores (ou ambos);

- Para crianças de 6 a 11 anos, deve-se prescrever fármacos aprovados para o tratamento do TDAH ou terapias de comportamento administradas por pais ou professores, ou, preferencialmente, por ambos;
- Para adolescentes (12-18 anos) deve-se prescrever fármacos aprovados para o tratamento do TDAH e pode-se recomendar terapias de comportamento administradas por pais ou professores, preferentemente por ambos.

Além dos limites do serviço de saúde, englobando intervenções psicoterápicas e farmacológicas, a abordagem precisa ser múltipla e intersetorial, com a participação de agentes sociais como pais, outros familiares, educadores, profissionais de saúde, além da própria criança.

O serviço de saúde pode orientar os profissionais da educação, no sentido de melhorar sua visão de que o problema é apenas um transtorno na saúde mental do aluno, levando as escolas a assumir diferenças individuais e melhorar suas habilidades no manejo de pessoas com necessidades escolares especiais.

O treinamento parental vem sendo bastante aplicado, aparentemente com melhoras no comportamento da criança e na ansiedade dos pais.

Uma psicoterapia ou grupos terapêuticos, envolvendo os pais e os professores, engloba o treinamento com um profissional habilitado, objetivando a discussão familiar sobre o transtorno, os problemas de comportamento das crianças e as dificuldades nas relações familiares.

Alguns programas intersetoriais poderão ser montados para ajudar os pais a lidar melhor com essa condição. Tais programas visariam treinar a criança para o desenvolvimento de habilidades sociais, por meio de técnicas sobre como ajustar seu comportamento em circunstâncias variadas, de interação em ambientes sociais. Há evidências de que este treino das crianças, por si, se não for integrado a um contexto mais amplo, tem pouca utilidade.

Abordagem psicossocial: Algumas abordagens comprovadamente eficazes para o manejo do TDAH, além da farmacoterapia, incluem:

- Treinamento de pais em manejo de contingências (trabalhando o reforçamento comportamental);
- Aplicação do manejo de contingências em sala de aula;
- A combinação de ambas as estratégias.

Nenhum destes tratamentos promove a cura do TDAH, mas causam uma redução temporária dos sintomas e das dificuldades associadas ao problema.

Síntese do Programa para Treino de pais em relação ao manejo do comportamento da criança ou adolescente com TDAH.



Passos do programa:

- Fornece informações sobre o TDAH: características, evolução, prognóstico e etiologia do TDAH, associadas a material de leitura e vídeos. Auxilia a modificar crenças incorretas sobre o problema;
- Discutir causas do comportamento opositivo: fatores que contribuem para a presença de comportamentos opositivos em crianças com TDAH, incluindo:
 - Características da criança: saúde, idade, temperamento e dificuldades;
 - Características dos pais: saúde, idade, temperamento e dificuldades;
 - Consequências do comportamento opositivo e coercitivo;
 - Estressores familiares.
- Desenvolver um repertório reforçador e de atenção nos pais: orientar em relação ao papel do reforço sobre o comportamento da criança; treinar os pais para reforçar comportamentos adequados e ignorar os inadequados; enfatizar a necessidade de aumentar substancialmente a frequência de reforços e de atenção aos comportamentos socialmente adequados e de adesão da criança;
- Orientar os pais a prestarem atenção nas brincadeiras e comportamentos adequados, fornece comandos diretos e aumentar a frequência de reforço para comportamentos adequados; treinar na utilização de comandos diretos: Ex: substituir questões como “Por que você não guarda seus brinquedos?” por comandos diretos como “Guarde seus brinquedos na caixa”; Treinar para o fornecimento de atenção positiva frequente e sistemática quando a criança engajar-se em atividades adequadas enquanto os pais realizam outras atividades;
- Estabelecer um sistema de fichas: Crianças com TDAH requerem consequências mais frequentes e imediatas para manter comportamentos adequados, que podem ser fornecidas por meio de um sistema de fichas;
- Treinar na utilização de *time-out* para desobediência: treinar na utilização de custo de resposta (*time-out* do reforço) frente a comportamentos de desobediência, a ser utilizado logo após o início de dois tipos de comportamentos inadequados por parte da criança, escolhidos anteriormente em acordo entre pais e criança;
- Treinar os pais para utilizar *time-out* ampliado para comportamentos adicionais de desobediência;
- Treinar os pais para manejar problemas de comportamentos exibidos em locais públicos;
- Auxiliar os pais a melhorar o comportamento do filho na escola: relatório escolar diário;
- Ensinar os pais a manejar problemas comportamentais futuros.

Sugere-se alguns temas a serem trabalhados em conjunto com a família e os professores:

- Orientação da família que concorda em procurar ajuda;



- Manter encontros frequentes de profissional de saúde mental com a família;
- Manter contato com outros especialistas da escola ou que estejam em contato com o aluno;
- Ter uma dose extra de paciência;
- Incentivar os professores a elogiar seu aluno quando conseguir se comportar ou realizar algo;
- Deixar que o aluno se sinta próximo ao professor e a colegas afetivos e positivos;
- Evitar que janelas, portas ou coisas possam distraí-los;
- Deixar regras claras, explícitas e visíveis;
- Estabelecer contato com a criança pelo olhar;
- Falar baixo e de forma clara, de forma gentil e afetuosa;
- Dar orientações curtas e claras;
- Dividir as tarefas complexas em várias partes, com orientações simples;
- Esperar pela resposta do aluno, cada um tem seu tempo;
- Repetir ordens sempre que for necessário;
- Ensinar o aluno a usar a agenda;
- Estabeleça metas individuais;
- Alternar métodos de ensino, evitando aulas repetitivas e monótonas;
- Deixar o aluno ser ajudante do professor;
- Deixar o aluno sair por alguns instantes da sala, se estiver muito agitado;
- Possibilitar o uso de equipamentos eletrônicos, multimídia.

Sugestões práticas que viabilizam facilitar o manejo comportamental da criança ou adolescente em sala de aula.

Sugestões para sala de aula:

- Adaptar quantidade de tarefas em sala à capacidade de atenção da criança;
- Modificar estilo de ensino e currículo (ex. incluir atividades que envolvem participação);
- Utilizar regras externas (ex. posteres, auto-verbalizações);
- Fornecer reforçamento frequente e utilizar custo de resposta;
- Utilizar conseqüências imediatas para o comportamento;
- Utilizar reforços de maior magnitude (ex. sistema de fichas);
- Estabelecer limite de tempo para conclusão de tarefas;
- Estabelecer hierarquia para custo de resposta em sala de aula;
- Se as estratégias anteriores não forem efetivas, considerar reunião com pais e encaminhamento da criança;



- Coordenar as estratégias utilizadas na escola com aquelas utilizadas pelos pais em casa;
- Controlar o próprio estresse e frustração ao lidar com a criança.

4.4- Transtorno Específico da Aprendizagem

É diagnosticado diante de déficits específicos na capacidade individual para perceber ou processar informações com eficiência e precisão. Manifesta-se, inicialmente, durante os anos de escolaridade formal, caracterizando-se por dificuldades persistentes e prejudiciais nas habilidades básicas acadêmicas de leitura, escrita e/ou matemática. O desempenho individual nas habilidades acadêmicas afetadas está bastante abaixo da média para a idade, ou níveis de desempenho aceitáveis são atingidos somente com esforço extraordinário.

O transtorno específico da aprendizagem pode ocorrer em pessoas identificadas como apresentando altas habilidades intelectuais e manifestar-se apenas quando há demandas de aprendizagem ou procedimentos de avaliação.

Para todas as pessoas, o transtorno específico da aprendizagem pode acarretar prejuízos duradouros em atividades que dependam das habilidades, inclusive no desempenho profissional.

Os transtornos de aprendizagem não são incomuns e o tratamento tem vital importância na prevenção de dificuldades futuras. Deve-se considerar a seguinte sequência de passos, passando-se ao seguinte quando o realizado não tiver sido suficiente:

- Acompanhamento do usuário junto à escola;
- Solicitar avaliação da acuidade visual e auditiva;
- Discutir caso com psicólogo e/ou Multi a fim de verificar necessidade de possíveis encaminhamentos e avaliações complementares.
- Quando houver suspeita de comorbidade psiquiátrica (transtorno depressivo, ansiedade, déficit de atenção/hiperatividade, transtornos de conduta) ou problemas neurológicos, encaminhar para avaliação em serviço de saúde especializado.

Referência e Encaminhamento

Crianças com quadros de TDAH e Transtorno Específico de Aprendizagem deverá ser encaminhado para o serviço especializado (CAPSij) quando evidenciado que a criança está em sofrimento e precisa do diagnóstico, o mesmo deverá ser inserido no serviço afim de tratar o transtorno e auxiliar na melhora no desenvolvimento, em contra partida deverá receber o suporte pedagógico na rede de ensino da educação.



4.5- Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)

Os primeiros sintomas do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) iniciam geralmente no período pré-escolar e, eventualmente, após o início da adolescência. A principal característica do TOD é um padrão questionador e desafiador que a criança apresenta em relação a figuras de autoridade associado a um humor raivoso por, no mínimo, 6 meses apresentando ao menos 4 dos seguintes critérios:

- Com frequência perde a calma.
- Com frequência fica sensível ou facilmente incomodada.
- Com frequência apresenta raiva e ressentimento.
- Frequentemente questiona autoridades.
- Frequentemente desafia e se recusa a obedecer às regras.
- Frequentemente incomoda outras pessoas.
- Frequentemente culpa os outros por seus erros ou mau comportamento.
- Foi vingativa ou malvada pelo menos 2 vezes nos últimos 6 meses.

A prevalência do TOD é estimada entre 2% a 10%, ocorrendo com maior frequência entre meninos (1, 4:1) e pode preceder o desenvolvimento do Transtorno da Conduta principalmente quando começa na tenra infância.

Muitas crianças com TDAH acabam desenvolvendo o TOD, sendo então a principal comorbidade. Há risco maior no TOD em desenvolver outros transtornos mentais, como transtornos de ansiedade e depressão maior, sobretudo entre meninas. Uma repercussão comum no adulto que teve TOD na infância, seria o risco aumentado para problemas de adaptação, comportamentos antissociais, descontrole de impulsos, abuso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), ansiedade e depressão.

Não existem evidências de que medicações sejam efetivas para o tratamento do TOD, porém quando é identificado o TDAH comórbido, o tratamento com psicoestimulantes, como o Metilfenidato, pode trazer uma sensível melhora dos sintomas opositores.

Referência e Encaminhamento

Caso o paciente apresente critérios para ser incluído no seguimento da atenção especializada (CAPSij), o caso deverá ser discutido em reunião de matriciamento com a equipe.



Posteriormente, o acompanhamento será iniciado, e, quando o paciente estiver estabilizado, ele será referenciado de volta para seguimento na Atenção Básica (AB).

4.6- Transtorno de Conduta (TC)

A característica essencial do Transtorno de Conduta é um padrão comportamental repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade.

Esses comportamentos se enquadram em quatro grupos principais:

- Conduta agressiva que causa ou ameaça causar danos físicos a outras pessoas ou animais;
- Conduta não agressiva que causa perda ou danos a propriedade;
- Falsidade ou furto;
- Violações graves de regras.

Três ou mais comportamentos típicos devem estar presentes nos últimos 12 meses, com pelo menos um comportamento presente nos últimos seis meses.

A perturbação comportamental causa prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional. Em geral, o padrão de comportamento está presente em vários ambientes, tais como casa, escola ou comunidade.

Como os indivíduos com transtorno da conduta têm uma propensão a minimizar seus problemas comportamentais, o clínico frequentemente deverá se basear em informantes adicionais. Entretanto, o conhecimento dos informantes acerca dos problemas de conduta do indivíduo poderá ser limitado se a supervisão for inadequada ou se o indivíduo ocultou comportamentos sintomáticos.

Em geral, indivíduos com esse transtorno iniciam com comportamentos agressivos e reagem agressivamente a outras pessoas. Podem fazer provocações, ameaças ou assumir comportamento intimidador (incluindo *bullying*); com frequência podem iniciar brigas físicas; utilizar armas que podem causar danos físicos graves (p. ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo); ser fisicamente cruéis com pessoas ou animais; roubar com confronto à vítima (p. ex., assalto, roubo de bolsa, extorsão, roubo à mão armada); ou forçar alguém a atividade sexual. A violência física pode assumir a forma de estupro, ou em casos raros, homicídio.

A destruição deliberada de propriedade de outras pessoas inclui provocação de incêndios com a intenção de causar danos graves ou destruição proposital da propriedade de outras pessoas de outras maneiras (p. ex., quebrar vidros de carros, vandalizar propriedade escolar). Atos de falsidade

ou furtos podem incluir invadir casas, edifícios ou carros de outras pessoas; frequentemente mentir ou quebrar promessas para obter bens ou favores ou evitar dívidas ou obrigações (p. ex., “trapacear”); ou furto de itens de valor considerável sem confrontar a vítima (p. ex., furtos em lojas, falsificação, fraude).

Indivíduos com transtorno de conduta também podem frequentemente cometer violações graves a normas (p. ex., na escola, em casa, no trabalho).

Crianças com o transtorno costumam apresentar um padrão, iniciado antes dos 13 anos de idade, de ficar fora até tarde da noite, a despeito da proibição dos pais, frequentemente gazeiam aulas.

As crianças podem apresentar também um padrão de fugir de casa, passando a noite fora. Para ser considerada um sintoma de transtorno de conduta, a fuga de casa deve ocorrer pelo menos duas vezes (ou apenas uma vez se o indivíduo não retornar por um longo período de tempo). Episódios de fugas de casa que ocorrem como consequência direta de abuso físico ou sexual geralmente não se qualificam para esse critério.

Referência e Encaminhamento

Se o paciente atender aos critérios para ser encaminhado ao seguimento da atenção especializada (CAPSi), o caso deverá ser discutido em reunião de matriciamento com a equipe. Após essa discussão, o acompanhamento será iniciado. Quando o paciente estiver estabilizado, ele será reencaminhado para a Atenção Básica (AB).

4.7- Deficiência Intelectual (DI)

O conceito de DI mais divulgado tem como base o sistema de classificação da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento – AAIDD (sigla em inglês). Segundo essa definição, a DI é compreendida como uma condição caracterizada por limitações nas habilidades adaptativas, sociais e práticas, tanto no funcionamento intelectual, quanto no comportamento adaptativo, manifestando-se antes dos dezoito anos de idade. Logo, a DI deve ser compreendida como uma interação entre o funcionamento intelectual e as suas relações com o contexto social.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto



adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Os três critérios a seguir devem ser preenchidos:

- Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.
- Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade.
- Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

Nota: O termo diagnóstico deficiência intelectual equivale ao diagnóstico da CID-11 de transtornos do desenvolvimento intelectual. Embora o termo deficiência intelectual seja utilizado em toda esta linha de cuidado, ambos os termos são empregados no título para esclarecer as relações com outros sistemas de classificação. Além disso, uma Lei Federal dos Estados Unidos (Public Law 111-256, Rosa's Law) substituiu o termo retardo mental por deficiência mental, e periódicos de pesquisa usam deficiência intelectual. Assim, deficiência intelectual é o termo de uso comum por médicos, educadores e outros, além de pelo público leigo e grupos de defesa dos direitos.

Referência e Encaminhamento

Quando a equipe da atenção primária se depara com casos de hipótese diagnóstica de Deficiência Intelectual e que precisem de suporte no manejo clínico, deveram utilizar do matriciamento para sanar as dúvidas tendo em vista que o acompanhamento da maioria dos casos deve acontecer na AB, a não ser que possua outro diagnóstico associado de saúde mental.

4.8- Depressão

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

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



Algumas apresentações comuns para depressão são:

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

Avaliação e Diagnóstico

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: **leve, moderado ou grave**, o usuário 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;
- Diminuição do apetite;
- Diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente idéias 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 depressão:

- Psicogênica;
- Reativa;
- Reação depressiva.

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

- Adaptação (F43.2);



- Depressivo recorrente (F33.).

4.9- Infância e Adolescência

De modo geral, depressão em crianças e adolescentes mais jovens deve ser diagnosticada e manejada com apoio de profissional ou de serviço especializado em saúde mental. O sintoma fundamental de humor triste ou deprimido é comumente substituído por humor irritável e alteração do comportamento. Em pré-escolares, são frequentes sintomas somáticos (ex, dores abdominais), parada de crescimento, fâcies tristonha, anorexia, hiperatividade, transtornos do sono e auto e heteroagressão.

Em escolares, pode haver também lentificação, distorções cognitivas de cunho autodepreciativo, pensamentos de morte, além de sintomas de ansiedade e transtornos de conduta. O mau desempenho escolar (piora em relação ao padrão anterior) é frequente e um dos principais indicadores. É comum que a depressão em crianças, mal diagnosticada, seja confundida com transtorno de déficit de atenção.

O suicídio é raro em menores de 12 anos, mas os pensamentos são frequentes.

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

Intervenções psicoterápicas específicas são os tratamentos de escolha para casos leves e moderados. Importante o acompanhamento de familiar paralelo ao tratamento. Para casos graves, antidepressivos podem ser usados, mas sua eficácia é menor do que em adultos.

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

Os fatores de risco a serem pesquisados são:

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

Diagnósticos Diferenciais

- Transtorno de Humor Bipolar:** avaliação de história prévia ou suspeita de episódio maníaco/hipomaníaco, inclusive na família (p. ex., euforia, gastos excessivos, irritabilidade intensa, ideias de grandeza);



- Intoxicação por drogas ou medicamentos:** álcool, sedativos, metoclopramida, ranitidina, betabloqueadores, clonidina, metildopa, anticoncepcionais, corticóides, levodopa.
- Abstinência de drogas:** nicotina, cafeína, álcool, sedativos, cocaína, anfetamina.
- Tumores:** cerebral primário, neoplasia de pâncreas
- Trauma:** contusão cerebral, hematoma subdural.
- Infecções:** meningite, HIV, sífilis, endocardite, Infecção do Trato Urinário (ITU), pneumonia (principalmente em idosos)
- Doenças vasculares:** AVC, vasculites
- Doenças cardíacas:** baixo débito de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), HAS
- Doenças metabólicas/endócrinas:** hipocalcemia e Vitamina D, doenças da tireóide ou adrenal, falência hepática ou renal, DM, uremia, deficiência de niacina (pelagra), de vitamina B12, anemia, síndrome de Cushing, doença de Addison, apneia do sono, intoxicação por metal pesado, síndrome paraneoplásica.
- Doenças neurológicas:** epilepsia, estados pós-ictais, doenças desmielinizantes/neurodegenerativas, esclerose múltipla, Parkinson, demências.

Tratamento

Intervenções e Estratégias não medicamentosas

Combinar mais de um componente na intervenção:

- Orientação e autoajuda;
- Monitoramento sistemático dos sintomas e aderência;
- Apoio nas tomadas de decisão relativas à medicação e supervisão de especialistas.

Oferecer cuidados de intensidade progressiva: Os tratamentos se iniciam com cuidados de baixa intensidade (atividade física em grupo, panfletos de autoajuda, grupos de apoio), passando por psicoterapia de grupo ou individual e evoluindo para o uso de antidepressivos, com supervisão especializada, caso necessário.

Oferecer alternativas para os usuários que rejeitam tratamentos usuais, por exemplo: grupos de educação em saúde ou grupos de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência. É importante que esses grupos não sejam direcionados nem divulgados apenas para portadores de um diagnóstico.

Trabalhar em equipe: Todos os integrantes das equipes de saúde da família e CAPS, podem assumir papéis no monitoramento de sintomas e da adesão.



Adequar a intervenção ao contexto do território: Diferenças culturais influenciam a apresentação psicopatológica dos sintomas e a aceitação e resposta aos tratamentos propostos. As intervenções propostas também precisam ser aceitáveis para os profissionais da atenção primária que irão implantá-las.

4.10- Ansiedade

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é uma situação comum, caracterizada por preocupação excessiva e crônica sobre diferentes temas, associada à tensão aumentada. É o transtorno de ansiedade mais comum na atenção primária, estando entre os dez motivos gerais mais comuns de consulta.

Avaliação e Diagnóstico

Conforme a CID-10 (F41) ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem:

- Nervosismo persistente;
- Tremores;
- Tensão muscular;
- Transpiração;
- Sensação de vazio na cabeça;
- Palpitações;
- Tonturas e desconforto epigástrico.

Pelo menos três de seis sintomas precisam estar presentes para um diagnóstico:

- Inquietação ou nervosismo;
- Fadiga;
- Perda de concentração;
- Irritabilidade;
- Tensão muscular;
- Sono perturbado.

Medos de que o usuário ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos. Sua sinonímia inclui estado ansioso, neurose ansiosa e reação de angústia. Deve ser diferenciado da neurastenia, codificada em outra seção.



O diagnóstico deve avaliar, portanto, se há desproporcionalidade, interferência muito incômoda, diminuição de capacidades, prejuízos atuais e cronificação. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial de uma angústia normal, advinda de situações causadoras de sofrimento, das condições neuróticas, vinculadas a predisposições e a características particulares da personalidade, montadas na infância.

A equipe de saúde deve pesquisar ansiedade em usuários com:

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

O processo diagnóstico necessita de informações sobre a história pessoal, medicações em uso (inclusive auto-medicação), antecedentes dos tratamentos prévios e respostas a eles, uso de substâncias psicoativas (nicotina, álcool, cafeína, drogas recreativas), comorbidades clínicas, funcionamento pessoal diário, vida social, manutenção de estressores crônicos e desenvolvimento de sintomas fóbicos e evitativos.

Algumas perguntas podem ajudar na avaliação inicial do grau de ansiedade:

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

Um cuidado que a equipe de saúde, na atenção primária precisam ter é o de não se apressar para fazer o diagnóstico. Na ansiedade, como na depressão, há riscos de fazer identificações equivocadas (falsos positivos).

Em caso de efetivo diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada deve haver diálogo com o usuário sobre o tema, em linguagem pouco medicalizadora e não biologicista, tão logo possível, para ajudar as pessoas a entender o problema, a se responsabilizar por ele, a repensar suas pautas de relacionamento com pessoas e situações.

A medicalização excessiva provoca consumo abusivo e contraproducente de serviços de saúde, fazendo declinar a capacidade de enfrentamento autônomo do cidadão.

Nesta situação, ele corre o risco de deixar ao médico a obrigação, fantasiosa, de conseguir um remédio que extinga, magicamente, a causa dos sintomas. É comum que tais usuários, sem se

preocupar em buscar um sentido para seu sofrimento, visitem vários médicos, exigindo remédios que trocam seguidamente, por dificuldade de entenderem os fatores pessoais, psíquicos e relacionais envolvidos.

Infância e Adolescência

As crianças com transtorno de ansiedade generalizada geralmente demonstram medos excessivos, preocupações ou sentimentos exagerados e irracionais a respeito de situações triviais, são tensas, inseguras e excessivamente sensíveis a quaisquer situações provocadoras de ansiedade.

São crianças muito preocupadas com o julgamento de terceiros em relação a seu desempenho em diferentes áreas e necessitam exageradamente que lhes renovem a confiança, que as tranquilizem. Apresentam dificuldade para relaxar, queixas somáticas sem causa aparente e sinais de hiperatividade autonômica (ex. palidez, sudorese, taquipneia, tensão muscular e vigilância aumentada).

Tendem a serem crianças autoritárias quando se trata de fazer com que os demais atuem em função de tranquilizá-la. Tornam-se crianças difíceis, pois mantêm o ambiente o seu redor tenso provoca irritação nas pessoas de seu convívio pelo absurdo da situação, sendo difícil acalmá-las e ter atividades rotineiras ou de lazer com elas.

O início destas condutas ansiosas é insidioso. Muitas vezes os pais têm dificuldade para precisar quando começaram, mas sentem seu agravamento gradual, à intelcerabilidade, quando, então, buscam atendimento.

Diagnósticos Diferenciais

- **Outros transtornos psiquiátricos:** Pânico, TOC, TEPT, fobias, depressão, transtorno de humor fase maníaca, início de surto psicótico, transtornos de personalidade.
- **Doenças cardiovasculares:** Anemia, angina, insuficiência cardíaca congestiva, estados adrenérgicos hiperativos, hipertensão, prolapso da válvula mitral, infarto do miocárdio, taquicardia atrial paradoxal.
- **Doenças pulmonares:** Asma, hiperventilação, embolia pulmonar.
- **Doenças neurológicas:** Doença cerebrovascular, epilepsia, doença de Huntington, doença de Ménière, enxaqueca, esclerose múltipla, acidente vascular isquêmico, transitório, tumor, doença de Wilson.
- **Doenças endócrinas:** Doença de Addison, síndrome carcinoide, síndrome de Cushing, diabetes, hipertireoidismo, hipoglicemia, hipoparatiroidismo, distúrbios da menopausa, feocromocitoma, síndrome pré-menstrual.



- Intoxicações por drogas:** Anfetamina, nitrito de amilo, anticolinérgicos, cocaína, alucinógenos, maconha, nicotina, teofilina, antidepressivos (ISRS).
- Abstinência de drogas:** Álcool, anti-hipertensivos, opiáceos e opioides, sedativo-hipnóticos
- Outras condições:** Dor crônica, anafilaxia, deficiência de vitamina B12, desequilíbrios eletrolíticos, intoxicação por metais pesados, infecções sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, uremia.

Tratamento

Intervenções e Estratégias não Medicamentosas

Combinar mais de um componente na intervenção:

- Orientação e autoajuda;
- Monitoramento sistemático dos sintomas e adesão;
- Apoio nas tomadas de decisão relativas à medicação e supervisão de especialistas;
- Psicoterapia;
- Grupos ou Oficinas Terapêuticas;
- Atividade Física.

Oferecer cuidados de intensidade progressiva: Os tratamentos se iniciam com cuidados de baixa intensidade (atividade física em grupo, panfletos de autoajuda, grupos de apoio), passando por psicoterapia de grupo ou individual e evoluindo para o uso de antidepressivos, com supervisão especializada, caso necessário.

Oferecer alternativas para os usuários que rejeitam tratamentos usuais: por exemplo: grupos psicoeducacionais ou grupos de apoio que explorem questões como autoestima ou resiliência. É importante que esses grupos não sejam direcionados nem divulgados apenas para portadores de um diagnóstico.

Trabalhar em equipe: Todos os integrantes das equipes de saúde da família podem assumir papéis no monitoramento de sintomas e da aderência, além de oferecer e facilitar intervenções psicoterápicas de baixa complexidade.

Adequar a intervenção ao contexto do território: Diferenças culturais influenciam a apresentação psicopatológica dos sintomas e a aceitação e resposta aos tratamentos propostos. As intervenções propostas também precisam ser aceitáveis para os profissionais da atenção primária que irão implantá-las.

Técnica de relaxamento respiração diafragmática: Esta técnica de respiração consiste em concentrar o ar na região do diafragma (músculo que fica na altura do estômago), fazendo a



barriga estufar e voltar ao normal ao puxar e soltar o ar, respectivamente. Deve ser feita lentamente, geralmente usando uma contagem até 3 para inspirar e até 6 para expirar.

- Dirigir o ar inspirando para a parte inferior dos pulmões;
- Colocar uma mão a baixo do umbigo e a outra em cima do estômago;
- Dirigir o ar para a parte inferior do abdômen, levantando a mão colocada abaixo do umbigo;
- Tentar não levantar o peito ou a mão em cima do estômago;
- Sinta o movimento da sua barriga: Quando inspira, a barriga vai para fora. Quando expira, a barriga vai para dentro;
- Simule o movimento do diafragma com as mãos: Quando inspira, ponha os dedos para baixo, direitos. Quando expira, ponha os dedos para cima, em forma de cone;
- Sincronize os movimentos e faça a respiração diafragmática durante uns minutos.

Referência e Encaminhamento

Após realizada a classificação do nível de acometimento em leve, moderado ou grave em Transtornos de Ansiedade e ou Depressão, o seguimento deverá permanecer na AB para os casos considerados leves, e os casos moderados e graves deverão ser acompanhados no serviço especializado (CAPSi) até estabilização do caso.

4.11- Abuso ou dependência química na Infância e Adolescência

Podemos conceituar dependência química como a dependência que uma pessoa desenvolve em relação a uma substância psicoativa capaz de alterar seu comportamento. Quanto ao abuso, ele pode ocorrer em pessoas que fazem uso esporádico ou agudo da substância, sendo caracterizado pelo uso intenso em um único episódio.

As substâncias psicoativas são divididas em três grupos:

- Drogas psicoanalépticas ou estimulantes do SNC** (cocaína, anfetamina, nicotina, cafeína, etc.).
- Drogas psicolépticas ou depressoras do SNC** (álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opioides, solventes, etc.).
- Drogas psicodislépticas ou alucinógenas** (cannabis, LSD, fungos alucinógenos, anticolinérgicos, etc.).

A dependência de substâncias psicoativas é uma síndrome cujo elemento central é um desejo intenso de consumir a substância. Dois pontos devem ser observados:

- 1.** Os critérios diagnósticos não divergem de acordo com a substância usada;
- 2.** É vista como um fenômeno global, cuja prioridade é o aspecto qualitativo e não quantitativo do consumo (não há divisão entre dependência física e psicológica).



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

F10 – Álcool etílico;

F11 – Opiáceos;

F12 – Canabinóides;

F13 – Sedativos e hipnóticos;

F14 – Cocaína;

F15 – Outros estimulantes, inclusive a cafeína;

F16 – Alucinógenos;

F17 – Fumo;

F18 – Solventes voláteis;

F19 – Outras substâncias psicoativas.

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

Intoxicação Aguda

Estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas.

As perturbações estão na relação direta dos efeitos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações clínicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com outras intoxicações, por envenenamento.

Uso Nocivo para a Saúde

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

Síndrome de Dependência

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de



tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.

A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. É denominada alcoolismo crônico, etilismo crônico, dipsomania.

Síndrome de Abstinência (ou Estado de Abstinência)

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

Delirium Tremens

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

Transtorno Psicótico

Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência.

O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranoide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão, mas esta não é grave. São os casos de alucinose alcoólica, de celotipia e paranoia etílica.

Síndrome Amnésica (ou Amnésica, ou Confabulatória)

Alterações crônicas importantes da memória (para fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota.

Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação (imaginação ou lembranças isoladas e desconexas completando as falhas de memória). As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios.

Inclui os casos de psicose de Korsakov, a síndrome de Wernike, a doença de Marchiafava-Bignami e outros transtornos amnésicos induzido pelo álcool.

Transtorno Psicótico Residual ou de Instalação Tardia

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

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

- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Avaliação

A avaliação inicial é uma importante ferramenta, pois além estabelecer um diagnóstico adequado, pode ser decisiva para o engajamento do usuário, desencadeando o processo de mudança.

A avaliação tem como principais objetivos:

- Coletar dados do indivíduo para o planejamento de seu cuidado;
- Investigar queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo;
- Investigar sua condição social e econômica.

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

Questões Essenciais para a Investigação do Consumo de Drogas Psicoativas

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

Sinalizadores de Problemas Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e outras Drogas

- Faltas frequentes no trabalho e na escola;
- História de trauma e acidente frequentes;
- Depressão;
- Ansiedade;
- Hipertensão arterial;
- Sintomas gastrointestinais;
- Disfunção sexual;
- Distúrbio do sono.

Sinais Físicos Sugestivos do Uso de Álcool, Crack e outras Drogas

- Tremor leve;
- Odor de álcool;
- Aumento do fígado;
- Irritação nasal (sugestivo de inalação de cocaína);



- Irritação das conjuntivas (sugestivo de uso de maconha);
- Pressão arterial lábil (sugestivo de síndrome de abstinência de álcool)
- Taquicardia e/ou arritmia cardíaca
- “Síndrome da higiene bucal” (mascarando o odor de álcool)
- Odor de maconha nas roupas

Crítérios de Gravidade

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

- Complicações Clínicas** – Proporcionam critério objetivo da gravidade da dependência. Quando detectadas precocemente, muitas delas são passíveis de tratamento e recuperação completa, como a esteatose hepática no dependente de álcool. Alguns usuários aceitam permanecer em tratamento devido à existência desses problemas clínicos, podendo estimular a buscar pela abstinência.
- Comorbidades Psiquiátricas** – A melhora do transtorno psiquiátrico associado pode ser benéfica para a evolução do quadro de dependência estabelecido, além de estimularem uma maior busca por tratamento médico.
- Suporte Social** – Melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas. Uma investigação completa deve abordar a situação do indivíduo no emprego e na família, a estabilidade do núcleo familiar e a disponibilidade desta para cooperar no tratamento do usuário. Caso não haja tal apoio, uma rede de suporte social deverá ser organizada.

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

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

Infância e Adolescência

A experimentação de substâncias ilícitas é um fenômeno da juventude. A maioria das pessoas que utilizou algum tipo de substância ao menos uma vez na vida o fez nessa fase.

Independentemente da população estudada, as drogas mais consumidas são o álcool e o tabaco. Estudos brasileiros demonstram que 65% dos estudantes do ensino fundamental e médio fizeram uso de álcool pelo menos uma vez na vida.

Nos Estados Unidos, esses índices chegam a 90% e são semelhantes aos índices encontrados no Brasil para menores em situação de rua. A experimentação, por si só, não constitui um comportamento patológico do adolescente. Ela está incluída em uma atitude global de busca por novas experiências que lhe façam sentido, na construção de uma identidade.

Entretanto, alguns fatores de risco estão associados à manutenção do uso:

- A curiosidade natural do adolescente é um dos fatores de risco mais importantes, posto ser o que o move a experimentar a substância, estando assim sob risco de desenvolver dependência;
- O fácil acesso às drogas e as oportunidades de uso;
- Ser do sexo masculino (meninos experimentam mais que as meninas);
- Influência de modismos;
- Condições familiares, tanto pelo aspecto genético (filhos de pais dependentes apresentam quatro vezes mais chance de o serem também) quanto pelos aspectos ambientais, fortemente correlacionados com o início do uso;
- Uso de drogas por pais e/ou amigos;
- Relacionamento ruim com os pais;
- Fatores internos do adolescente, como insatisfação e não realização em suas atividades, insegurança, baixa autoestima e sintomas depressivos;
- Baixo desempenho escolar.

O uso de drogas afeta diretamente o desenvolvimento da criança e do adolescente, principalmente no que diz respeito às funções cognitivas, à capacidade de julgamento, ao humor e aos relacionamentos interpessoais. Quanto mais precoce o início do uso, maiores as deficiências nessas áreas.

Apresentam maior prevalência de abuso de múltiplas substâncias e, com muito menor frequência, apresentam sintomas físicos de abstinência.

O tratamento dos transtornos do uso de substâncias em adolescentes visa prevenir os comportamentos de uso, fornecer educação ao usuário e à família e abordar os fatores cognitivos, emocionais e psiquiátricos que influenciam o uso de substâncias.

A maioria dos adolescentes que consomem álcool e drogas não se torna inexoravelmente farmacodependente, mas de acordo com certas características de personalidade e com o ambiente, pode-se prever que há um aumento do risco de seguir este caminho. A cronologia da adição pode ser sintetizada através das cinco etapas de Mc Donald:

- Etapa 0:** o adolescente vulnerável ao uso de substâncias sente curiosidade a respeito do uso de drogas;
- Etapa 1:** o adolescente está aprendendo o uso de drogas;
- Etapa 2:** o adolescente busca os efeitos da droga e controla a administração;
- Etapa 3:** o adolescente está ensimesmado, concentrado nas mudanças dos seus estados anímicos e tornou-se farmacodependente (o uso de drogas é necessário para manter o bem estar);
- Etapa 4:** o adolescente está no último estado de farmacodependência (crônico). Sofre usualmente de uma síndrome cerebral orgânica.

*Quanto antes se intervém no ciclo, maiores as chances de recuperação.

O tratamento ocorre em vários regimes diferentes, como instituições residenciais, terapia de grupo e sessões psicossociais individuais e CAPSij.

Referências e Encaminhamentos

Após aplicação dos testes de contemplação ao adolescente, a equipe da APS deverá em reunião de matriciamento, discutir os casos que apresentem critérios (uso moderado e alto) para acompanhamento e seguimento no CAPSij, já os considerados baixos deverão seguir o acompanhamento na atenção básica.

4.12- Violência Contra Criança e Adolescente

A palavra “violência” tem uma conotação negativa porque é associada a um ato moralmente reprovável, de tal forma que quem comete intencionalmente esse tipo de ato é obrigado a justificá-lo. Essa noção de violência expressa uma posição normativa que não implica necessariamente que todo ato violento seja moralmente reprovável. É o caso da violência por legítima defesa.



Para caracterizar um ato como “violento”, devem ser preenchidas ao menos as seguintes condições: causar dano, usar a força (física ou psíquica), ser intencional ou ir contra a livre e espontânea vontade de quem é objeto do dano.

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo que envolve causas socioeconômicas e histórico-culturais, aliado a pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade. Na primeira causa, pode-se destacar a má distribuição de renda, a migração, a pobreza, o acelerado processo de urbanização e a ineficácia das políticas sociais.

Os maus-tratos praticados pelos próprios pais ou responsáveis independente da condição social são comuns. Existem pesquisas que apontam a própria família (pai ou mãe) como o maior índice de agressão: pai, 25% dos casos; mãe, 50%; pais, 13%. As pesquisas também apontam que quem revela as violências são geralmente, a comunidade ou pessoas autônomas. 346

Diante disso, é importante observar a dinâmica familiar, que trata a violência ou a negligência de forma natural, ou mesmo como uma forma de resolução de conflitos.

Avaliação e Diagnóstico

Violência física

INDICADORES	COMPORTAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA
<p>Presença de lesões físicas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras; • Hematomas; • Feridas e fraturas, que não se adequam à causa alegada; • Ocultação de lesões antigas e não explicadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muito agressivo ou apático; • Hiperativo ou depressivo; • Temeroso; • Tendências autodestrutivas e ao isolamento; • Baixa auto-estima; • Tristeza; • Medo dos pais; • Alega agressão dos pais; • Relato de causas pouco viáveis às lesões; • Fugas de casa; • Problema de aprendizado; • Faltas frequentes à escola. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muitas vezes oculta as lesões da criança, justificando-as de forma não convincente ou contraditória; • Descreve a criança como má e desobediente; • Abusa de álcool ou drogas; • Possui expectativas irreais acerca da criança; • Defende uma disciplina severa; • Tem antecedentes de maus tratos na família.
VIOLÊNCIA SEXUAL		
<ul style="list-style-type: none"> • Infecções urinárias; • Dor ou inchaço nas áreas genitais ou anais; • Lesões e sangramento; • Secreções vaginais ou penianas; • Infecções sexualmente transmissíveis; • Dificuldade de caminhar; • Baixo controle dos esfíncteres; • Enfermidades psicossomáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento sexual inadequado para a idade; • Não confia em adultos; • Fugas de casa; • Regressão a estado de desenvolvimento anterior; • Brincadeiras sexuais agressivas; • Comportamento promíscuo; • Vergonha excessiva e alegações de abusos; • Ideias e tentativa de suicídio; • Autoflagelação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oculta frequentemente o abuso; É muito possessiva; • Negando à criança contatos sociais normais; • Acusa a criança de promiscuidade; • Sedução sexual e de teratidade sexual fora de casa; • Crê que o contato sexual é forma de amor familiar; • Alega outro agressor para proteger membro da família.
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA		



<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de saúde; • Como obesidade; • Afeção da pele; • Distúrbios do sono e dificuldades na fala; • Comportamentos infantis; • Enurese noturna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos extremos de timidez ou agressividade; • Destrutividade e autodestrutividade; • Problemas do sono; • Isolamento; • Baixo conceito de si próprio; • Abatimento profundo; • Tristeza; • Ideia e tentativa de suicídio; • Insegurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem expectativas irreais sobre a criança; • Rejeita; • Aterroriza; • Ignora; • Desqualifica; • Exige em demasia; • Corrompe; • Isola; • Descreve a criança como má; • Diferente das demais.
NEGLIGÊNCIA		
<ul style="list-style-type: none"> • Padrão de crescimento deficiente; • Fadiga constante e pouca atenção; • Problemas físicos e necessidades não atendidas; • Vestimenta inadequada ao clima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos extremos de hiper ou hipoatividade; • Contínuas faltas ou atrasos à escola ou ao médico; • Comportamentos infantis ou depressivos; • Dificuldade na aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • É apática e passiva; • Não se importando muito com a situação da criança; • Tem baixa auto-estima e severo desleixo com higiene; • É despreocupada em resolver as necessidades de atenção da criança.

Fonte: Assis, 1994.

Avaliação Física: As lesões por maus-tratos físicos são mais comumente identificadas na pele e nas mucosas, em seguida no esqueleto, no sistema nervoso central e nas estruturas torácicas e abdominais.

Pele e Mucosas: As lesões cutâneo-mucosas provocadas por maus-tratos podem decorrer de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, “arrancamentos” (dentes, cabelos), mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo etc. As lesões incluem desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau. Hematomas são as lesões de pele, frequentemente, encontradas nos maus-tratos físicos, seguidos por lacerações e por arranhões.

Algumas partes do corpo são mais suscetíveis a lesões acidentais (proeminências ósseas, por exemplo), enquanto outras não o são (coxas, genitais, dorso). Assim, a localização das lesões pode ser um importante indício da ocorrência de violência física (por exemplo, lesões circulares ou marcas de dedos em torno do pescoço, bem como petéquias na face e hemorragias subconjuntivais são sugestivas de enforcamento ou estrangulamento).



Lesões em diferentes estágios de evolução (coloração e aspecto) ou presentes concomitantemente em diversas partes do corpo, bem como queimaduras “em meia”, “luva” ou em nádegas e/ou genitália, são sugestivas de lesões provocadas.

É importante fazer uma avaliação para se saber a idade das lesões a fim de correlacioná-las à suspeita. As equimoses podem ser avaliadas e estadiadas por meio de suas evoluções cromáticas:

Evolução cromática das lesões

COR	TEMPO DE EVOLUÇÃO
Negra, vermelha, violácea	01 a 03 dias
Azulada	04 a 06 dias
Esverdeada	07 a 12 dias
Amarelada	13 a 21 dias
Desaparece	após 22 dias

Fonte: SES/Distrito Federal, 2008.

Quando algum instrumento é utilizado para a agressão, pode-se identificar sua forma “impressa” na pele (cintos, fios, garfos, cigarros, dentes, etc). O achado de escoriações, manchas ou sangramento em exame físico, não relatados durante a anamnese também sugerem maus-tratos. É importante que a avaliação das lesões encontradas seja feita com detalhe, considerando tamanho, bordas, localização e cor das mesmas.

Esqueleto: Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação, são típicas de maus-tratos. No entanto, são pouco frequentes. As localizações mais comuns das fraturas são as extremidades. Em crianças menores, os ossos longos costumam ser afetados na zona metafisária.

O traço da fratura também pode sugerir o mecanismo que a provocou: fraturas espiralares e fraturas transversas em ossos longos de lactentes sugerem maus-tratos (as primeiras provocadas por torção; as últimas, por impactos violentos).

Fraturas de costelas (geralmente, na região posterior, próximo à articulação costovertebral) podem ocorrer por compressão ou impacto.

Sistema Nervoso Central: O traumatismo crânio-encefálico (TCE) provocado pode levar a dois tipos de lesão:

- **Externa:** fraturas dos ossos do crânio lineares, deprimidas ou cominutivas;
- **Interna:** produzida por “sacudida” ou impacto, levando a hematomas subdural ou subaracnóide e a hemorragias retinianas; hemorragias retinianas, em menores de 03 (três) anos, na ausência de lesões externas de TCE, são quase específicas de maus-tratos (decorrem de forças de aceleração e desaceleração aplicadas na cabeça, como na “síndrome do bebê sacudido”).

Conforme acontece em danos neurológicos de outras etiologias, as alterações de consciência e as convulsões são os sinais clínicos mais frequentes, podendo ocorrer imediatamente após o trauma ou após um período livre de sintomas.

Lesões Torácicas e Abdominais: Os traumatismos torácicos produzidos por maus-tratos são pouco frequentes, podendo decorrer de compressão antero-posterior (“síndrome do bebê sacudido”) ou de tração violenta do braço. As lesões secundárias a esse tipo de trauma podem ser hematomas, contusão pulmonar, fraturas de costelas, esterno e clavícula, pneumotórax e hemotórax. As lesões viscerais abdominais ocorrem em pequeno percentual nas crianças maltratadas, sendo mais frequentes em crianças acima de 2 anos.

Pode-se perceber sinais sugestivos de lesão intra-abdominal, como hematomas intramural (duodeno e jejuno) e retroperitoneal, bem como lesões de vísceras sólidas (fígado, pâncreas e baço). É importante avaliar a possibilidade da existência de hemoperitônio, pneumoperitônio ou obstrução intestinal (hematoma intramural).

Maus-tratos Psicológicos: É o tipo de violência mais difícil de se detectar em sua forma isolada. Por outro lado, costuma estar presente, concomitantemente, aos demais tipos de abuso.

Os sintomas e transtornos que aparecem nas crianças que sofrem maus-tratos psicológicos não são específicos dessa forma de violência, podendo aparecer também em decorrência de patologias de outras etiologias.

Podemos encontrar:

- Distúrbios do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, intelectual, emocional e social;
- Labilidade emocional e distúrbios de comportamento, tais como: agressividade, passividade e hiperatividade;
- Problemas psicológicos que vão desde a baixa autoestima, problemas no desenvolvimento moral e dificuldades em lidar com a agressividade e a sexualidade;
- Distúrbios do controle de esfíncteres (enurese, escape fecal);



- Psicose, depressão, tendências suicidas. Sempre que existir indicação clínica e houver possibilidade, deve-se pensar num acompanhamento psicológico, evitando problemas futuros de adequação social da criança e do adolescente.

Abuso Sexual: Na maioria dos casos de abuso sexual, não se constata lesões físicas evidentes. Deve-se proceder a um exame físico completo, com atenção especial para áreas usualmente envolvidas em atividades sexuais: boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus.

Os sinais físicos a serem pesquisados são:

- Hiperemia;
- Edema;
- Hematomas;
- Escoriações;
- Fissuras;
- Rupturas;
- Sangramentos;
- Evidências de IST;
- Gravidez.

Acolhimento:

- Tratar a criança/adolescente e a família com respeito e atenção;
- Conversar primeiro sobre assuntos diversos, podendo contar com apoio de jogos, desenhos, livros e outros recursos;
- Tratar como gostaria de ser tratado;
- A criança/adolescente deve ser ouvida sozinha, com respeito e privacidade;
- Utilizar as mesmas palavras que a criança para identificar as diferentes partes do corpo;
- Não fazer promessas que você não possa cumprir, nem prometer guardar segredo antes de saber o que será revelado;
- Respeitar a singularidade de cada usuário;
- Propiciar um ambiente adequado para expressão dos sentimentos e fatos ocorridos;
- Escutar;
- Dar atendimento humanizado;
- Demonstrar sempre muita atenção e compreensão;
- Lembrar sempre que a culpa não é da criança/adolescente;

- Manter sigilo das informações;
- Evitar a revitimização;
- Não emitir juízo de valor;
- Conduzir para o atendimento médico;
- Ter conduta profissional frente à demanda do usuário, correspondendo às suas expectativas e necessidades;
- Deve ser realizado por toda a equipe.

Atendimento à Criança e ao Adolescente: Proteger a identidade da criança e do adolescente abusados deve ser um compromisso ético profissional.

Portanto, essa situação deverá ser relatada somente às pessoas que irão tratar da criança/adolescente. Ou seja, o nome verdadeiro deve ser divulgado para o menor número de pessoas possível.

A consulta com a criança/adolescente deve ser um momento de privacidade, a fim de favorecer a expressão de sentimentos; da situação de violência; sua relação com a família, amigos, escola e outros.

Ressalta-se que o adolescente tem direito ao sigilo e à confidencialidade das informações. No entanto, isso deve ser rompido nas situações previstas por lei, como nos casos de violência ou de risco à vida, sendo, portanto, necessária a notificação ao Conselho Tutelar.

É relevante que o profissional deixe claro para o usuário a sua disponibilidade para escutá-lo, sem fazer julgamentos, favorecendo o vínculo de confiança.

A família deve ser envolvida no atendimento, para que possa contribuir com o tratamento do usuário, além de possibilitar uma melhor relação entre seus membros.

Em situações de violência é importante:

- Contatar imediatamente a família;
- Observar o relato e a atitude dos pais durante a consulta – que podem ser de aparente preocupação e de extensiva colaboração com a equipe médica, mas percebe-se uma ausência de angústia quanto à gravidade das lesões, o que não ocorre habitualmente com os pais de crianças acidentadas;
- Informar, em linguagem apropriada, as graves consequências de maus-tratos e abuso sexual para o desenvolvimento da criança/adolescente;
- Explicar claramente que a família poderá beneficiar-se de ajuda mútua;
- Acompanhar os desdobramentos da notificação;

- Se o agressor é alguém da família, não é conveniente informá-lo imediatamente. A criança poderá sofrer riscos ainda maiores. Nesse caso, deve-se entrar em contato, de modo estratégico, com membros não agressores, de preferência com indicação da criança;
- Orientar sobre a importância do tratamento para o agressor, se ele for da família;
- Refletir estratégias protetoras, pois a família tende a se situar, face ao sofrimento, também como vítima;
- Orientar a família para evitar comentários sobre o ocorrido com vizinhos e/ou amigos, pois a exposição gera nova violência à vítima.

Devemos evitar a revitimização: Revitimização é a repetição de atos de violência pelo agressor ou a repetição da lembrança de atos de violência sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais; é uma forma comum de violência. Isso pode acarretar prejuízo também para a justiça, pois a vítima, por cansaço, pode omitir fatos ou, por considerar que está chamando a atenção, pode aumentar os acontecimentos.

Outras formas de revitimização é a peregrinação pelos serviços de saúde para receber atendimento ou, quando esse atendimento é sem privacidade, expor a dor e sofrimento diante de terceiros. Essa falta de sigilo pode estigmatizar a criança ou a adolescente como “abusada”, agravando o trauma.

O acompanhamento da vítima por profissional de saúde favorece a interlocução interinstitucional com consolidação da Rede, minimiza a revitimização, favorece o vínculo, contribui para a adesão ao tratamento, entre outros benefícios.

Para a não revitimização, é importante evitar:

- Desconsiderar o sentimento da criança/adolescente;
- Falar frases como: “isso não foi nada”, “vai passar”, “não precisa chorar”;
- Excesso de zelo;
- Hostilidade;
- Culpar a criança/adolescente;
- Demonstrar surpresa, choro, horror (sinais de censura ou desaprovação);
- Frases de humor negro.

Perguntas que devem ser evitadas:

- As que implicam censura e participação ativa da criança/adolescente;
- Perguntas diretas (inquisitórias): por quê?

- Perguntas que obriguem à precisão de tempo para crianças pequenas: quando? É importante associar sempre a festas comemorativas, como natal, páscoa, aniversários.

É necessário a Notificação Compulsória (SINAN) da suspeita de abuso sexual conforme a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA). O Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM/MS nº 1.968, de 25 de outubro de 2001, estabelecendo que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde, integrantes ou participantes do SUS, notifiquem aos Conselhos Tutelares da localidade os casos **de suspeita ou confirmação** de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nessas entidades.

As Unidades de Saúde, o Programa Saúde da Família e o Programa de Agente Comunitário de Saúde, dentro das suas especificidades na atenção primária, também devem estar preparados para notificar, atender e monitorar os casos encaminhados pelos demais serviços de saúde.

A obrigatoriedade da Notificação está assegurada também pelo Conselho Federal de Medicina e por alguns Conselhos Regionais.

Prevenção da violência na família e na comunidade: Prevenir a violência contra a criança e ao adolescente é possível e quanto mais cedo se inicia a prevenção, maiores são as chances de proteger os membros da família deste problema. Desde o pré-natal, é possível uma atuação preventiva, trabalhando a aceitação de gravidez não planejada ou em decorrência de violência e as expectativas em relação ao bebê com a mãe, o pai e os familiares. Promover vínculos afetivos e de cuidado e a melhor via de prevenção nessa fase.

Tão logo seja possível, é importante proporcionar que as famílias saibam reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas do bebê, ajudando assim a diminuir frustrações ou a dimensionar de forma mais realista as expectativas sobre a capacidade de entendimento da criança e a traduzir melhor seus comportamentos. O mesmo vale para as fases posteriores de seu desenvolvimento.

Essas informações são especialmente importantes para os pais de crianças e adolescentes com deficiência, que muitas vezes não atendem as expectativas dos mesmos, demandam mais trabalho e atenção e, por isso, se tornam mais vulneráveis as várias formas de expressão da violência.

Outra forma de prevenir a violência é identificar as situações familiares que podem gerar maior vulnerabilidade as práticas violentas, pelas dificuldades e desgaste que ocasionam. Situações como perda de emprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, separação conjugal, morte de um de

seus membros requerem atenção redobrada a família no sentido de ajudá-la a lidar com tais adversidades e a minimizar a busca da violência como forma de enfrentá-las.

Há ainda a possibilidade de fazer prevenção interrompendo o ciclo de violência, ou seja, evitando que as violências que já ocorreram voltem a acontecer. Inicia-se pela adoção de medidas preventivas a ação violenta, demonstrando com a necessária firmeza que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e, portanto, a sociedade não tolera que sejam alvos de violações.

Nessa perspectiva, a ação dos profissionais ganha um papel crucial e para isso é indispensável que a Secretaria de Saúde proporcione a educação permanente dos técnicos que atuam nos serviços.

A prevenção da violência também pode ser feita ao se buscar reduzir os efeitos deletérios e suas consequências. Espera-se do profissional habilidades para analisar cada caso e construir junto a família e a equipe de sua unidade um projeto terapêutico para a criança ou adolescente e para o autor da agressão.

Finalmente, estratégias lançadas no espaço do território também se mostram eficientes. Destacam-se as voltadas para a organização de redes e de mobilização da comunidade (centros comunitários) e pessoas (vizinhos, amigos outros familiares), tendo como principal meta seu fortalecimento; a utilização de mentores (orientadores) para as crianças e adolescentes em situação de risco; e a promoção de atividades de recreação.

Algumas atitudes preventivas dos profissionais de saúde frente às situações de violência familiar:

- Orientar as famílias sobre a ressignificação das relações familiares em prol da tolerância e na formação de vínculos protetores;
- Acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes; buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente; e
- Articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e proteção social no território.

5. ATENÇÃO ESPECIALIZADA À CRIANÇA EM RISCO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi): critérios de encaminhamento e compartilhamento de casos.

São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos casos de saúde mental considerados graves e persistentes, com necessidade de permanência num dispositivo de cuidado intensivo e comunitário, a partir das seguintes ofertas: atendimento individualizado e familiar, oficinas terapêuticas, espaços de convivência, ações territoriais de lazer e inserção social na comunidade. São considerados casos graves e persistentes, crianças e adolescentes que apresentam intenso sofrimento psíquico, incluindo os relacionados ao uso prejudicial de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, aliado a um maior risco psicossocial (pouca autonomia, alta vulnerabilidade social, fragilidade de vínculos sociais e afetivos, redes de sociabilidade frágeis, expostos a violências graves, discriminação, marginalização e condições socioeconômicas desfavoráveis^{76,77}).

■ Público alvo: crianças com diagnóstico ou suspeita diagnóstica de Transtorno do Espectro do autismo; com outros transtornos mentais ou com sintomas psicóticos; casos com queixas de uso prejudicial de substâncias psicoativas, com comprometimento grave para a própria vida; casos de risco iminente ou tentativa de suicídio; crianças e adolescentes que apresentem comportamentos intensos de autoagressividade ou heteroagressividade; casos que precisem de articulação intensa de diversas ações intra e intersetoriais.

■ Os CAPSi funcionam diariamente e têm porta aberta. Mas visando a atenção em rede e o compartilhamento do cuidado, é importante que o profissional faça contato prévio com CAPSi de referência para discutir o caso. Além disso, orienta-se que uma guia de referência seja preenchida no momento do encaminhamento. Áreas que não possuem CAPSi no seu território podem contar com suas referências de retaguarda. Os CAPSi de retaguarda ofertam apoio complementar à rede de cuidados locais, através de discussão de casos.

Centro de Reabilitação Integrado (CRI): critérios de encaminhamento e compartilhamento de casos:

■ Oferecem atenção especializada em reabilitação para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo. A re/habilitação se refere a processos de cuidado que envolve medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função, e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

■ Público-alvo: É organizado por modalidade de reabilitação, como: Auditiva - Pessoas com deficiência auditiva que podem fazer a concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI); Física – Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo, acarretando o

comprometimento da função física, neurológica e/ ou sensorial, caracteriza-se por: plegia, paresia, *ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; Visual - Deficiência visual como: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão ou visão subnormal (0,3 e 0,05 no melhor olho com a melhor correção óptica); os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora na visão com terapêutica clínica ou cirúrgica; Intelectual - É considerada como um estado de desenvolvimento incompleto ou estagnado, resultando em dificuldades no processo de aprendizagem, de entendimento, nos aspectos mnemônicos e no uso de recursos aprendidos frente a situações do cotidiano. Os serviços de reabilitação/habilitação para pessoas com deficiência intelectual e com Transtornos do Espectro do Autismo, deverão garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, particularmente voltadas à cognição, linguagem e sociabilidade

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Catanduva, APAE, tem por objetivo a prestação de serviços para execução de atendimento ambulatorial multidisciplinar especializado em estimulação precoce, habilitação, reabilitação e integração sensorial para bebês e crianças em idade de 0 a 5 anos e 11 meses. A APAE é conhecida atualmente por ser um centro de saúde especializado, que oferece atendimentos multidisciplinares indicada para disfunções sensoriais, distúrbios neurológicos (paralisia cerebral, síndromes, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor) e distúrbios comportamentais (autismo, psicoses infantis, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), moderados e graves. distúrbios neurológicos,

A Associação Corujas do Bem desenvolve atividades para apoio ao atendimento especializado e tratamento multiprofissional de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) suporte 2 e 3. A faixa etária para atendimento é de 2 anos e 6 meses a 12 anos.

A forma de acesso a esses serviços deverá ser oriunda da rede municipal de saúde e regulados através da Secretaria Municipal de Saúde.

5.1 ATENÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

São serviços para o atendimento de urgências e emergências rápidas, responsáveis, cada



um em seu âmbito de atuação, pela classificação de risco e tratamento das pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situações de urgência e emergência, ou seja, em momentos de crise forte.

5.2 SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Emergência-192)

Segundo o protocolo do Ministério da Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar à sofrimento, sequelas ou mesmo à morte. São urgências situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras.

O SAMU 192 realiza os atendimentos em qualquer lugar e conta com equipes que reúnem médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas.

- Residências;
- Locais de trabalho;
- Vias públicas.

O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações. A ligação é gratuita para telefones fixo e móvel. Os técnicos do atendimento telefônico identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador, que presta orientações de socorro às vítimas e aciona as ambulâncias quando necessário.

No caso de Emergências psiquiátricas, o SAMU deverá ser acionado quando houver agitação e situação de violência, autoagressão ou tentativa de suicídio. Nesses quadros devem ser considerados os seguintes aspectos:

- Agitação psicomotora: pacientes que estão fisicamente e/ou emocionalmente muito perturbados;
- Alteração súbita da consciência: alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência;
- Déficit neurológico agudo é qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24 horas como alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente);
- Déficit neurológico novo é qualquer perda de função neurológica que ocorreu há mais de 24 horas como:



- alteração ou perda de sensibilidade;
- fraqueza de membros (transitória ou permanente);
- retenção urinária ou alteração da função intestinal.
- História de inconsciência: deve haver testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente;
- História de overdose ou envenenamento: esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida na presença de caixas de remédios vazias;
- História psiquiátrica importante: história de evento ou doença psiquiátrica significativa;
- Risco de agredir outros: a presença de risco potencial de dano a outros pode ser avaliada perguntando-se ao solicitante sobre a postura do paciente (tensa ou com punhos cerrados), o padrão de discurso (alto, com palavras ameaçadoras) e o comportamento psicomotor (inquietação). Em caso de dúvida, considerar alto risco:
- Alto risco: deve ser presumido se armas e vítimas potenciais estão por perto ou se houve perda do autocontrole;
- Moderado risco: deve ser presumido se há qualquer indício de potencial agressão a alguém;
- Risco de (nova) autoagressão: uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Em caso de dúvida, considerar alto risco:
- Alto risco: se houver passado importante de autoagressão, está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade;
- Moderado risco: se houver passado importante de autoagressão, mas não está tentando se machucar nem tentando ir embora para tal finalidade, embora manifeste esse desejo.

REGULAÇÃO

AGITAÇÃO E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

I - Critérios de inclusão

Pacientes com alteração de comportamento (agitação ou inquietação) que podem ter etiologia psiquiátrica ou orgânica.

II - Abordagem:

- A pessoa está ansiosa? A pessoa está agitada?



- A pessoa tem ideias delirantes ou incoerentes?
- A pessoa tem ideias suicidas?
- A pessoa apresenta agressividade?
- Crises anteriores, antecedentes, ou trauma emocional recente, sofrimentos,
- É acompanhado em algum serviço de saúde?
- Sabe o nome da doença e/ou medicação?
- Usou drogas ou álcool?
- Está agressivo?
- Está agitado?
- Perdeu os sentidos?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?

III - Decisão técnica:

- Considerar o envio de USA se houver:
- História de overdose ou envenenamento com perda de consciência;
- Alto risco de agredir outros;
- Alto risco de autoagressão;
- Ideação suicida;
- Agitação psicomotora incontrolável (acatisia).
- Considerar o envio de USB se houver:
- Agitação psicomotora moderada;
- História psiquiátrica importante;
- Risco moderado de autoagressão.
- Realizar orientação médica se houver:



- Outras queixas.

IV - Orientações ao solicitante:

- Pedir para o solicitante colocar o paciente em ambiente calmo;
- Não permitir que o paciente cometa autoagressão e para com os demais acompanhantes;
- Não deixar o paciente sozinho até que chegue a equipe de socorro.

V - Acompanhamento da decisão técnica:

- Em caso de paciente violento, solicitar auxílio de força policial;
- Confirmar a ausência de utilização de substâncias tóxicas, drogas, etc.;
- Diante da pessoa perigosa, avaliar o grau de perigo: para ela mesma, para seus familiares e para a equipe de atendimento.

VI - Decisão gestora:

- Buscar o serviço mais adequado na grade de referência (Assistência Psiquiátrica);
- Comunicar o serviço de destino.

VII - Finalização:

- Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura.

AUTOAGRESSÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

I - Critérios de inclusão:

- História de autoagressão, com danos físicos a si mesmo, abordando aspectos físicos e psiquiátricos do caso.

II - Abordagem:

- Faz algum tratamento psiquiátrico?
- Usou drogas ou álcool?
- Como estão os braços e pernas (alguma deformidade)?
- Tem trauma na cabeça?



- Tem sangramento? (orientar compressão da lesão com um pano limpo);
- Houve desmaio?
- Como está a fala?
- Orientado ou confuso? (não diz "coisa com coisa").

III - Decisão Técnica

- Considerar o envio de USA se houver:
- Hemorragia exsanguinante;
- Dispnéia aguda;
- Hemorragia maior incontrolável;
- Alteração súbita da consciência;
- Mecanismo de trauma significativo;
- Alto risco de nova autoagressão;
- Dor intensa.
- Considerar o envio de USB se houver:
- Hemorragia menor incontrolável;
- Risco moderado de nova autoagressão;
- História psiquiátrica importante;
- História discordante;
- Distúrbio de coagulação;
- Agitação psicomotora;
- Dor moderada.
- Realizar orientação médica se houver:
- a) Outras queixas.

IV - Decisão gestora:

- Buscar o serviço mais adequado na grade de referência (Assistência Psiquiátrica);
- Comunicar o serviço de destino.

V - Finalização:

- Confirmar recepção do paciente e liberação da viatura.

5.3- UPA (Unidade de Pronto Atendimento)

Na UPA, o paciente é acolhido com prioridade de acordo com o protocolo de classificação de risco.

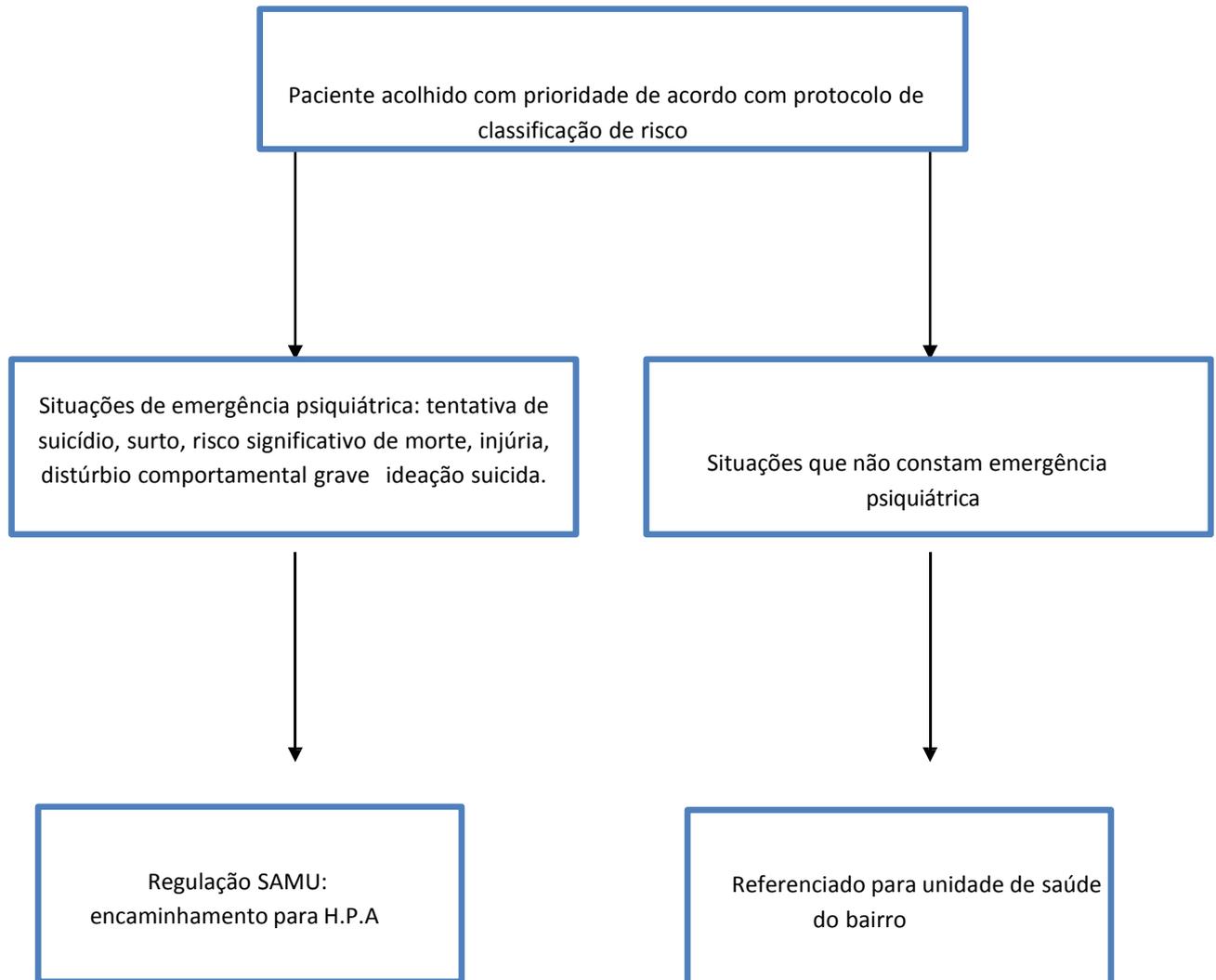
O paciente é estabilizado e, em situações de emergência psiquiátrica, é regulado via SAMU e encaminhado para o Hospital Padre Albino, onde é avaliado por psiquiatra e, se necessário, regulado para internação.

No caso de situações que não constam emergência psiquiátrica, os pacientes são referenciados para a unidade de saúde do bairro de referência, conforme fluxograma abaixo.

Unidade de Saúde	Endereço	Telefone
UPA	Av. Theodoro Rosa Filho, nº 1500 – Solo Sagrado	3531-9540
SAMU	Rua Paraíba S/Nº – Centro	3531-9787
		0800 770 5313
		192



Fluxograma do Atendimento do Paciente Psiquiátrico UPA – Catanduva



5.4 ATENÇÃO HOSPITALAR

A internação em regime hospitalar de crianças e adolescentes, deve ser adotada com cautela e quando esgotadas todas as possibilidades de tratamento **disponíveis** na rede e quando o paciente estiver em intenso sofrimento psíquico colocando em risco a si ou a terceiros, além de outras situações emergenciais que serão avaliadas a critério médico, devidamente fundamentada e autorizadas pelo responsável legal do paciente. Respeitando-se também a condição de criança e adolescente como pessoas em desenvolvimento.

Essas crianças e/ou adolescentes serão encaminhadas com acompanhante/ responsável legal ao serviço de urgência (UPA ou Hospital Padre Albino) com a finalidade do controle de

crises/surtos e para avaliação psiquiátrica de emergência, quando são identificados critérios de risco e se há critérios para internação psiquiátrica. Posteriormente a avaliação, realizada na maioria das vezes pela psiquiatra de plantão, e se verificada a necessidade de internação, esta vaga será solicitada via sistema CROSS/SIRESP.

A criança e/ou adolescente que se encontra na emergência psiquiátrica é regulado pelo sistema CROSS/SIRESP e se realmente houver a necessidade do tratamento hospitalar psiquiátrico serão encaminhados para o Hospital Nossa Senhora da Divina Providência em Jaci, a partir dos 13 anos de idade. Jaci é referência de internações psiquiátricas infantil e adolescentes para o município de Catanduva dentro do sistema CROSS/SIRESP.

As internações da instituição são reguladas pelo Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo – SIRESP é um sistema acessado via internet, desenvolvido para instrumentalizar o processo de regulação e de agendamentos unificados e automatizados dos recursos de saúde no estado de São Paulo, permitindo a transparências nas admissões e no período de internação. O Hospital realiza a alta responsável com encaminhamento de relatório ao município de residência para ciência e continuidade do cuidado em seu território.

Em casos excepcionais, onde menores de 13 anos necessitem de internação psiquiátrica, esses casos serão avaliados cuidadosamente entre Secretaria de Saúde, Department Regional de Saúde (DRS-15) e a instituição hospital. Em casos de menores de 13 anos haverá também a possibilidade de internação em hospital geral, na ala de pediatria.

Internações

Internação voluntária

A pessoa que solicita voluntariamente a própria internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação se dá por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico responsável. Uma internação voluntária pode, contudo, se transformar em involuntária e o paciente, então, não poderá sair do estabelecimento sem autorização prévia.

Internação involuntária

É a que ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiro. Geralmente, são os familiares que solicitam a internação do paciente, mas é possível haver outros solicitantes. O pedido tem que ser feito por escrito e aceito pelo médico psiquiatra.

A lei determina que, nesses casos, os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm prazo



de 72 horas para informar ao Ministério Público do estado sobre a internação e os motivos dela. O objetivo é evitar a possibilidade de esse tipo de internação ser utilizado para cárcere privado.

Internação compulsória

Não é necessária a autorização familiar. A internação compulsória é sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física. O juiz levará em conta o laudo médico especializado e as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Souza J, Veríssimo M. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov.-dez. 2015;23(6):1097-104
- 2 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 3 Brasil. Portaria no 1.130, de 5 de agosto de 2015 [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta da Saúde da Criança. 11^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 5 Stewart, M, Brown JB, Weston WW, et al. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 6 Fuzikawa, A, K. O método clínico centrado na pessoa: um resumo. Belo Horizonte: [s.n.] 2013 [Internet]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf>
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- 8 CARRIO, Francisco Borrell. Entrevista Clínica: Habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- 9 LOPES, Mario. O processo diagnóstico nas decisões clínicas. Ed. Revinter. Rio de Janeiro, 2001.
- 10 Ceron, M. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. UnaSUS/Unifesp. Especialização em Saúde da Família. 2012.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 33 - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 12 Prizskulnik, L. A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações. Psic, São Paulo, v. 5, n. 1, jun. 2004:72-77. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167673142004000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 08 dez. 2017.
- 13 Organización Mundial de La Salud. Documentos básicos. 48.^a ed. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>.

- 14 Lima, R.C. Somos todos desatentos?: O TDA/H e a Construção de Bioidentidades. Rio de Janeiro: Ed. Relume. Dumará, 2005.
- 15 Conrad, P. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2007.
- 16 Sanches VNL, Amarante PD de C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. Saúde em Debate. Setembro de 2014;38(102):506-14.
- 17 Conselho Federal de Psicologia. Subsídios para a campanha não à medicalização da vida. [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2018]. 2012. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf
- 18 Lima, R. Um panorama da medicalização na infância [youtube]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3Q5eRulKwS0> 2016. 48min.
- 19 Barros, D.B. Os usos e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção [tese]. 2014. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- 20 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 33 - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 21 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Linha do Cuidado do Recém-Nascido após alta da Maternidade - Estratégia Acolhimento Mãe-Bebê Na Unidade Básica. Rio de Janeiro: SMS/RJ, s/a.
- 22 Brasil. Ofício nº 44-SEI/2017/CGSCAM/DAPES/SAS/MS. Documento de consensos da Oficina de alinhamento sobre a da Lei 13.438/2017. 2017. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/documento-de-consensos-da-oficina-de-alinhamento-sobre-a-da-lei-13-4382017/>. Acesso em: 23 de novembro de 2017.
- 23 Delahunty C. Developmental delays and autism: Screening and surveillance. Cleveland Clinic Journal Of Medicine. 82Suppl, 2015.
- 24 World Health Organization. Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC) Manual de orientação às famílias. Tradução do original da equipe técnica do Instituto Alfa e Beto. 2012.
- 25 Almeida, M; Quaresma, MA; Ramos, JFC; et.al. Utilização da Caderneta de Saúde na vigilância do crescimento e do desenvolvimento de crianças brasileiras na primeira infância. Org. Peixoto, Maria Virgínia. IFF, 2017.
- 26 Almeida AC et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil: Revisão sistemática de literatura. Rev Paul Pediatr. 2016;34(1):122-131

27 Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

28 Organização Mundial da Saúde. Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros) e suas equipes auxiliares. Genebra/Brasília: Organização Mundial da Saúde/ Organização Panamericana da Saúde, 2000.

29 Pacheco JT, Daleprane JB, Boaventura GT. O efeito da alimentação alternativa nos indicadores biológicos e químicos de ratos em crescimento alimentados com a dieta do município de Quissamã, RJ. Rev Saúde. Com. 2007; 35-47. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v3/v3n2a05.pdf>

30 Junior AL, Zannon CMLC. Desnutrição e desenvolvimento comportamental: questões metodológicas. Estud. Psicol (Natal). 1997; 2(2): 263-76.

31 Monte, C. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. J Pediat. 2000; 3(76): 285-97.

32 Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, vigilância e promoção da saúde. Superintendência de Atenção Primária. Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção. 1 ed. Rio de Janeiro: SMS, 2017.

33 Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, et al. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etiology-related definitions. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2013 Jul;37(4):460-81.

34 Vendruscolo, J., Bolzan G., Crestani, A; et al. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. Distúrb Comun, São Paulo, 24(1): 41-52, abril, 2012.

35 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica; n. 23. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

36 Biscegli, T.; Polis, L.; Santos, L.; Vincentin, M. Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. Rev. Paul Pediatr. 2007;25(4):337-42.

37 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

38 Dias, M; Albuquerque, L. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. Temas psicol. [Internet]. 2005: 91-103. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2005000200002&lng=pt.

39 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Saúde mental. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

40 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Série F: Comunicação e Educação em Saúde. 1^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

41 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 24: Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

42 National Health Service. Screening for Autism Spectrum Disorders in Children below the age of 5 years: A draft report for the UK National Screening Committee. Compiled by Allaby, M; Sharma, M. Solutions for Public Health. 2011.

43 McPheeters ML, Weitlauf AS, Vehorn A, et al. Screening for Autism Spectrum Disorder in Young Children: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 129. AHRQ Publication No. 13-05185-EF1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.

44 Mascarenhas, C., Couto, M., Angelucci, et al. Nota Pública sobre reunião no Ministério da Saúde para discussão da Lei 13.438/2017. Out 2017. Disponível em: [http://www.crpsc.org.br/ckfinder/userfiles/files/nota%20pu%CC%81blica%20com%20informes%20da%20reunia%CC%83o%20no%20MS%20sobre%20lei%2013_438%20\(1\).pdf](http://www.crpsc.org.br/ckfinder/userfiles/files/nota%20pu%CC%81blica%20com%20informes%20da%20reunia%CC%83o%20no%20MS%20sobre%20lei%2013_438%20(1).pdf). Acesso em: 23 de novembro de 2017.

45 Towle, P. Patrick, P. Autism Spectrum Disorder Screening Instruments for Very Young Children: A Systematic Review. Hindawi Publishing Corporation, Autism Research and Treatment Vol 2016.

46 Losapio, M.F.; Pondé, M.P. Tradução para o português da escala M-Chat para rastreamento precoce de autismo. Ver. Psiquiatr., Rio Grande do Sul, v.30, n.3, 2008.

47 KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online, São Paulo, v. 6, n.1, p. 48-68, maio 2009.

48 Paula, C., Coutinho, E., Mari Jair, J. et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v.37, n.2, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000200178

49 Saggese, E. Oliveira, F.H., Teixeira, S.B.S. Proadolecer: pesquisa e clínica com adolescentes na rede de saúde mental/ org. Edson Saggese (et. Al.) - Rio de Janeiro: 7Letras, 2013.

50 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

51 Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Saúde Mental e Superintendência de Atenção Primária. Linhas de Ação para Atenção Ambulatorial em Saúde Mental. Rio de Janeiro: SMS, 2016.

52 Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, vigilância e promoção da saúde. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMS, 2016.

53 Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, vigilância e promoção da saúde. Coordenação de Saúde Mental. Protocolo para atenção à demanda espontânea de pessoas em sofrimento mental nos serviços de Atenção Primária à saúde. https://drive.google.com/file/d/0B_HpM8Lq6o5MYzI2YjVjMjMtZTZmMi00NjVILWJhM2ItZTQwZTJhYmI4N2Jk/view.s/a.

54 Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, vigilância e promoção da saúde. Superintendência de Atenção Primária. A Enfermagem no Cuidado em Saúde Mental no Contexto da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2017.

55 Maarfinati, A.C, Abrão, J.L.F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito autismo. Estilos da Clínica. vol. 19. n.2. São Paulo, 2014.

56 Laurent, E. A Batalha do Autismo: da clínica à política. 1. ed. - Rio de Janeiro, 2014.

57 Bosa, C., Callis, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. In: Psicologia: Reflexão e Crítica. Vol. 13 n.1 Porto Alegre, 2000.

58 Cacciali, P. Froinart, J., Benrais, F., et al. Autismes: controverses, perspectives, therapeutiques. Journal Français de Psychiatrie. n. 25 Ed. Eres. Paris, 2006.

59 World Health Organization. Autism spectrum disorders, abr. 2017. in: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/en/>. Acesso em: 23 fev. 2018.

60 Goodman, R, Scott, S. Psiquiatria infantil. Ed Roca: São Paulo, 2004.

61 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. United Kingdom, p. 1-44, set. 2011. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128/chapter/appendix-signs-and-symptoms-of-possible-autism#appendix-signs-and-symptoms-of-possible-autism>. Acesso em: 03 jan. 2018.

62 Stubbe, D. Psiquiatria da Infância e Adolescência. Ed Artmed: Porto Alegre, 2008.

63 Acquarone, S. Signs of autism in Infants: recongition and early intervention.Karnac Books, London, 2007.

64 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.



65 Brasil. Lei N^o 8.069, de 13 de Julho de 1990. [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

66 Brasil. Lei no 12.764, de 27 de dezembro de 2012. [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm

67 Brasil. Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989. [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm

68 Brasil. Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993. [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm

69 Brasil. Lei no 8.899, de 29 de junho de 1994. [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8899.htm

70 Brasil. Lei no 10.048, de 8 de novembro de 2000. [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm

71 Brasil. Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. [Internet]. 2000 [citado 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10098.htm

72 Município do Rio de Janeiro. decreto no 41.575 de 18 de abril de 2016 [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2016/4158/41575/decreto-n-41575-2016-da-nova-redacao-ao-decreto-n-32842-de-1-de-outubro-de-2010-que-regulamentou-a-lei-n-5211-de-01-de-julho-de-2010-que-institui-o-bilhete-unico-no-municipio-do-rio-de-janeiro-bem-como-a-lei-n-3167-de-27-de-dezembro-de-2000-que-disciplina-a-bilhetagem-eletronica-nos-servicos-de-transporte-publico-de-passageiros-do-municipio-do-rio-de-janeiro-incluido-o-exercicio-das-gratuidades-legalmente-instituidas>

73 Brasil. Lei n^o 13.146, de 6 de julho de 2015. [Internet]. [citado 4 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm

74 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica n 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

75 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n^o4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

76 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

77 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como



PREFEITURA DE
CATANDUVA
SECRETARIA DE SAÚDE



lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.