

Manejo Clínico
de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de
Substâncias em Emergências Humanitárias

Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP)



Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ECUADOR RESOLVA PARA AS
Américas



**UNHCR
ACNUR**

Agência da ONU para Refugiados

Versão oficial em português da obra original em Inglês
mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and
substance use conditions in humanitarian emergencies
© World Health Organization 2015
ISBN 978-92-4-154892-2

Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias.
Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP)

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020

ISBN: 978-92-75-72212-1
eISBN: 978-92-75-72213-8

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-
Compartilha Igual 3.0 OIG de Creative Commons; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>.



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: No caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: "Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS".

Tradução: No caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: "Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução".

Referência bibliográfica sugerida. *Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias. Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP)*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

Vendas, direitos e licenças. Para adquirir publicações da OPAS, acesse <http://publications.paho.org>. Para solicitar uso comercial e indagar sobre direitos e licenças, acesse <http://www.paho.org/permissions>.

Materiais de terceiros. Para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade. As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

Prefácio

Atualmente, o mundo enfrenta um número sem precedentes de emergências humanitárias decorrentes de conflitos armados e desastres naturais. O número de refugiados e de pessoas internamente deslocadas é o maior desde o final da Segunda Guerra Mundial. Dezenas de milhões de pessoas — sobretudo no Oriente Médio, na África e na Ásia — necessitam urgentemente de assistência, incluindo serviços capazes de responder ao aumento das necessidades da população na área de saúde mental.

Os adultos e as crianças afetados por emergências apresentam um considerável e variado conjunto de problemas mentais, neurológicos e por uso de substâncias. O luto e o sofrimento agudo afetam a maioria das pessoas e são considerados respostas psicológicas transitórias e naturais à adversidade extrema. Entretanto, em uma minoria da população, a adversidade extrema desencadeia problemas de saúde mental como transtorno depressivo, transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno de luto prolongado — todos capazes de prejudicar seriamente o funcionamento diário. Além disso, as pessoas com condições preexistentes graves, como psicose, deficiência intelectual e epilepsia tornam-se ainda mais vulneráveis. Essa situação pode se dever ao deslocamento, ao abandono e à falta de acesso a serviços de saúde. Por fim, o uso de álcool e outras drogas ocasiona graves riscos de problemas de saúde e violência de gênero. Ao mesmo tempo em que há um aumento considerável das necessidades de saúde mental da população, muitas vezes faltam recursos locais para a atenção à saúde mental. Nesses contextos, mais do que nunca é necessário dispor de ferramentas práticas e fáceis de usar.

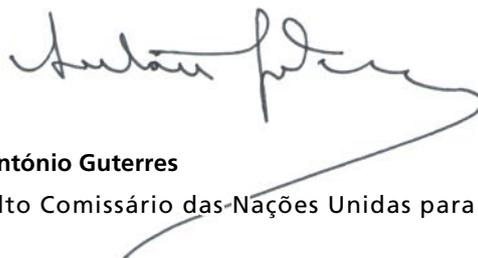
Este guia foi elaborado tendo em mente esses desafios. O Guia de Intervenção Humanitária mhGAP é uma ferramenta simples e prática com a finalidade de apoiar estabelecimentos de saúde gerais, localizados em áreas afetadas por emergências humanitárias, na avaliação e no manejo de condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias. É uma adaptação do MI-mhGAP — Manual de Intervenções da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010) — um guia baseado em evidências e amplamente usado para o manejo dessas condições nos serviços de atenção à saúde não especializados, adaptado para uso em emergências humanitárias.

Este guia está em perfeita consonância com as Diretrizes sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias do Comitê Permanente Interagências (IASC, na sigla em inglês) e com a Orientação Operacional sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial nas Operações com Refugiados do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), que exigem uma resposta multissetorial para enfrentar as consequências, nas áreas social e de saúde mental, das emergências humanitárias e dos deslocamentos. O guia ajuda também a alcançar um objetivo primário do Plano de Ação Integral para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS, a saber, oferecer serviços de saúde mental e assistência social abrangentes, integrados e com capacidade de resposta no âmbito comunitário.

Fazemos um apelo a todos os parceiros humanitários no setor de saúde para que adotem e divulguem este importante guia, a fim de ajudar a reduzir o sofrimento e aumentar a capacidade de adultos e crianças com necessidades de saúde mental para lidar com situações de emergência humanitária.



Margaret Chan
Diretora-Geral
Organização Mundial da Saúde



António Guterres
Alto Comissário das Nações Unidas para Refugiados

Índice

Agradecimentos	iv
Introdução	1
Orientações para gestores clínicos	3
Princípios gerais de atenção a pessoas com condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias em contextos humanitários	5
1. Princípios de comunicação	5
2. Princípios de avaliação	6
3. Princípios de manejo	7
4. Princípios de redução de estresse e fortalecimento do apoio social	8
5. Princípios de proteção dos direitos humanos	10
6. Princípios de atenção ao bem-estar geral	11
Módulos	
1. Estresse agudo (AGU).	13
2. Luto (LUT)	17
3. Transtorno depressivo moderado a grave (DEP)	21
4. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)	27
5. Psicose (PSI)	31
6. Epilepsia/crises epilépticas (EPI)	35
7. Deficiência intelectual (DI)	41
8. Uso prejudicial de álcool e outras drogas (SUB).	45
9. Suicídio (SUI)	49
10. Outros problemas importantes de saúde mental (OUT)	53
Anexos	
Anexo 1: Definições de caso do sistema de informação em saúde (SIS) do ACNUR (2014)	56
Anexo 2: Glossário	57
Anexo 3: Índice de sintomas	60

Agradecimentos

Concepção

Mark van Ommeren (OMS), Yutaro Setoya (OMS), Peter Ventevogel (ACNUR) and Khalid Saeed (OMS), sob a direção de Shekhar Saxena (OMS) e Marian Schilperoord (ACNUR)

Redação de projeto e equipe editorial

Peter Ventevogel (ACNUR), Ka Young Park (Escola Kennedy de Harvard) e Mark van Ommeren (OMS)

Equipe de revisão do mhGAP da OMS

Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Alexandra Fleischmann, Shekhar Saxena, Chiara Servili, Yutaro Setoya, Mark van Ommeren, Alexandra Wright e M. Taghi Yasamy

Outros colaboradores/revisores

Helal Uddin Ahmed (Instituto Nacional de Saúde Mental, Bangladesh), Corrado Barbui (Centro Colaborador da OMS para Ensino e Pesquisa em Saúde Mental, Universidade de Verona), Thomas Barrett (Universidade de Denver), Pierre Bastin (Comitê Internacional da Cruz Vermelha), Myron Belfer (Escola de Medicina de Harvard), Margriet Blaauw (Grupo de Referência sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias do IASC), Boris Budosan (Malteser International), Kenneth Carswell (OMS), Jorge Castilla (ECHO-Comissão Europeia), Vanessa Cavallera (OMS), Elizabeth Centeno-Tablante (OMS), Lukas Cheney (Universidade de Melbourne), Rachel Cohen (Common Threads), Ana Cuadra (Organização Médicos do Mundo, MdM), Katie Dawson (Universidade de Nova Gales do Sul), Joop de Jong (Universidade de Amsterdã), Pamela Dix (Disaster Action), Frederique Drogoul (Médicos sem Fronteiras, MSF), Carolina Echeverri (ACNUR), Rabih El Chammay (Ministério da Saúde Pública do Líbano), Mohamed Elshazly (International Medical Corps, IMC), Michael First (Universidade da Colômbia), Richard Garfield (Centros para Controle e Prevenção de Doenças, CDC), Anne Golaz (Universidade de Genebra), David Goldberg (King's College, Londres), Marlene Goodfriend (MSF), Margaret Grigg (MIND Austrália), Norman Gustavson (PARSA Afeganistão), Fahmy Hanna (OMS), Mathijs Hoogstad (não filiado, Países Baixos), Peter Hughes (Real Colégio de Psiquiatras, Reino Unido), Takashi Izutsu (Banco Mundial), Lynne Jones (Escola de Saúde Pública de Harvard), Devora Kestel (Organização Pan-Americana da Saúde/OMS), Louiza Hourta (ACNUR), Cary Kogan (Universidade de Ottawa), Roos Korste (in2mentalhealth, Países Baixos), Marc Laporta (Universidade McGill), Jaak Le Roy (não filiado, Bélgica), Barbara Lopes-Cardozo (CDC), Ido Lurie (Médicos pelos Direitos Humanos–Israel), Andreas Maercker (Universidade de Zurique), Heini Mäkilä (Missão de Assistência Internacional, Afeganistão), Adelheid Marschang (OMS), Carmen Martínez-Viciana (MSF), Jessie Mbwambo (Universidade Muhimbili de Ciências da Saúde e Afins, Tanzânia), Fernanda Menna Barreto Krum (MdM), Andrew Mohanraj (CBM, Malásia), Emilio Ovuga (Universidade de Gulu, Uganda), Sarah Pais (OMS), Heather Papowitz (Unicef), Xavier Pereira (Escola de Medicina e Iniciativas de Equidade em Saúde da Universidade de Taylor, Malásia), Pau Perez-Sales (Hospital La Paz, Espanha), Giovanni Pintaldi (MSF), Bhava Poudyal (não filiado, Azerbaijão), Rasha Rahman (OMS), Ando Raobelison (Visão Mundial Internacional), Nick Rose (Universidade de Oxford), Cecile Rousseau (Universidade McGill), Khalid Saeed (OMS), Benedetto Saraceno (Universidade Nova de Lisboa, Portugal), Alison Schafer (Visão Mundial Internacional), Nathalie Severy (MSF), Pramod Mohan Shyangwa (Organização Internacional para as Migrações, OIM), Yasuko Shinozaki (MdM), Derrick Silove (Universidade de Nova Gales do Sul), Stephanie Smith (Partners in Health), Leslie Snider (War Trauma Foundation), Yuri Suzuki (Instituto Nacional de Saúde Mental, Japão), Saji Thomas (Unicef), Ana Maria Tijerino (MSF), Wietse Tol (Universidade Johns Hopkins e Fundação Peter C. Alderman), Senop Tschakarjan (MdM), Bharat Visa (OMS), Inka Weissbecker (IMC), Nana Wiedemann (Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho) e William Yule (King's College, Londres).

Financiamento

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR)

A tradução, revisão e impressão da versão em português do mhGAP-HIG foi viabilizada por meio do apoio financeiro da Embaixada do Japão no Brasil.

Desenho gráfico

Elena Cherchi

Revisão técnica da versão em português

Catarina Dahl (Escritório da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil); Carolina Carvalho (Escritório da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil); e Márcio Gagliato (Consultor Sênior em Saúde Mental e Apoio Psicossocial em emergências humanitárias).

Introdução

Este guia é uma adaptação do *MI-mhGAP — Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde*, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para uso em emergências humanitárias. Assim, é denominado *Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP)*.

O que é o mhGAP?

O Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP, na sigla em inglês) é um programa da OMS que procura abordar a lacuna de cuidado às pessoas que sofrem de condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias (MNS). Em 2010, como parte do programa, publicou-se o *MI-mhGAP — Manual de Intervenções*. Essa publicação é um guia clínico sobre transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias para profissionais de saúde generalistas que trabalham na rede de atenção primária à saúde, principalmente em países de baixa e média renda.

Entre os destinatários estão médicos generalistas, enfermeiros, obstetras e agentes clínicos, além de médicos especializados em outras áreas que não a psiquiatria ou neurologia.

Além de orientação clínica, o programa mhGAP oferece diversas ferramentas de apoio à implementação do programa úteis para análise da situação, adaptações de protocolos clínicos a contextos locais, planejamento do programa, capacitação, supervisão e monitoramento.¹

Por que é necessária a adaptação a contextos humanitários de emergência?

As emergências humanitárias abrangem uma **grande variedade de situações de emergência agudas e crônicas** decorrentes de conflitos armados e de desastres naturais e industriais. Com frequência, acarretam o deslocamento em massa de pessoas. Nessas situações, a necessidade de serviços básicos da população supera a capacidade local, uma vez que o sistema local pode ter sido prejudicado pela emergência. Os recursos variam conforme o grau e a disponibilidade de ajuda humanitária local, nacional e internacional.

As crises humanitárias impõem uma série de desafios, bem como oportunidades únicas, aos profissionais de saúde. Essas oportunidades incluem o aumento da vontade política e dos recursos para abordar e melhorar

os serviços de saúde mental.²

Entre os desafios estão:

- » Maior urgência para priorizar e alocar recursos escassos.
- » Tempo limitado para capacitar os profissionais de saúde.
- » Acesso limitado a especialistas (para capacitação, supervisão, acompanhamento, referenciamento ou atendimento).
- » Acesso limitado a medicamentos em razão da interferência na cadeia de suprimento habitual.

O *Guia de Intervenção Humanitária mhGAP* foi elaborado para responder a esses desafios específicos das situações de emergência humanitária.

Conteúdo deste guia

O *Guia de Intervenção Humanitária mhGAP* contém **recomendações para o manejo de primeira linha** das condições MNS, destinadas a profissionais de saúde da atenção primária em emergências humanitárias, quando o **acesso a especialistas e opções de tratamento é limitado**.

Este guia extraiu as informações essenciais do *MI-mhGAP* completo e incluiu outros elementos específicos para contextos de emergência humanitária.

O guia contém:

- » Orientações para gestores clínicos.
- » Princípios gerais de atenção aplicáveis a situações de emergência humanitária, entre eles:
 - ♦ Fornecimento de apoio multissetorial conforme as *Diretrizes do IASC Sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias* (IASC, 2007), *Orientação Operacional sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial nas Operações com Refugiados* (ACNUR, 2013) e outras ferramentas relacionadas a emergências.
 - ♦ Instruções sobre redução de estresse.
- » Módulos curtos sobre avaliação e manejo de:
 - ♦ Estresse agudo (AGU)
 - ♦ Luto (LUT)
 - ♦ Transtorno depressivo moderado a grave (DEP)
 - ♦ Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)
 - ♦ Psicose (PSI)
 - ♦ Epilepsia/crises epiléticas (EPI)
 - ♦ Deficiência intelectual (DI)
 - ♦ Uso prejudicial de álcool e outras drogas (SUB)
 - ♦ Suicídio (SUI)
 - ♦ Outros problemas importantes de saúde mental (OUT).

Outras modificações são:

- » As orientações sobre transtorno de conduta foram reescritas como orientações sobre os problemas comportamentais em adolescentes, abordadas no módulo sobre outros problemas importantes de saúde mental (OUT).
- » O módulo **Avaliação e manejo de condições especificamente relacionadas ao estresse: módulo do Manual de intervenções mhGAP** (disponível em espanhol) (OMS, 2013) foi dividido em três módulos: estresse agudo (AGU), luto (LUT) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).
- » Acrescentou-se um glossário. Os termos marcados com asterisco * são definidos no Anexo 2.

Este guia é bem menos extenso que o *MI-mhGAP* e não contém orientação sobre:

- » Intoxicação por álcool e drogas e dependência dessas substâncias* (entretanto, são abordados a síndrome de abstinência de álcool e o uso prejudicial de álcool e outras drogas).
- » Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (entretanto, problemas comportamentais de adolescentes são contemplados no módulo sobre outros problemas importantes de saúde mental).
- » Transtornos do espectro autista.
- » Demência (entretanto, o apoio a cuidadores de pessoas com qualquer condição MNS é abordado nos Princípios gerais de atenção deste guia).
- » Risco não iminente de autolesão.
- » Tratamentos de segunda linha para a maioria das condições MNS.

As orientações sobre estes últimos temas estão disponíveis no *MI-mhGAP* completo.

¹ Para solicitar uma cópia dessas ferramentas, envie e-mail para mhgap-info@who.int.

² Ver Organização Mundial da Saúde (OMS). *Building back better: sustainable mental health care after emergencies*. OMS: Genebra, 2013. (Disponível em inglês em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85377/9789241564571_eng.pdf?sequence=1)

Orientações para gestores clínicos

A integração de condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias (MNS) na atenção à saúde em geral deve ser supervisionada por um líder (p. ex., funcionário de saúde pública municipal ou estadual, diretor médico de um organismo, etc.) que seja responsável pela concepção e coordenação da atenção em vários estabelecimentos de saúde, com base em análises pertinentes da situação [ver **conjunto de ferramentas de avaliação de recursos e necessidades em Saúde Mental e Psicossocial da OMS e ACNUR (2012)**]. Cada estabelecimento tem um gestor clínico (chefe do serviço de saúde) com responsabilidades específicas. Os gestores de serviços têm que levar em conta os temas apresentados adiante.

Ambiente

- » Providencie um **espaço privado**, de preferência uma sala separada, para as consultas de pessoas com condições MNS. Se não houver outra sala disponível, procure dividir o cômodo usando cortinas ou outros recursos para otimizar a privacidade.
- » Considere a possibilidade de manter a sala sem identificação, como maneira de prevenir que as pessoas evitem os serviços para condições MNS por medo do estigma social.

Modelo de serviço

- » Considere a possibilidade de manter sempre pelo menos um funcionário capacitado para “atendimento MNS”, ou seja, uma pessoa designada para a avaliação e o manejo de pessoas com condições MNS.
- » Pode-se também considerar a instauração de “atendimentos MNS” uma ou duas vezes por semana dentro do estabelecimento de saúde geral, em um horário de menor movimento no serviço. Caso as pessoas cheguem durante períodos não dedicados aos atendimentos das condições MNS, podem ser gentilmente orientadas a voltar no horário adequado. A criação de atendimentos MNS pode ser útil em estabelecimentos de saúde concorridos, sobretudo nas avaliações iniciais, que costumam levar mais tempo que as consultas de acompanhamento.

Contratação e treinamento de pessoal

- » Instrua todos os funcionários sobre como proporcionar um **ambiente de apoio** às pessoas com condições MNS.
- » Identifique os funcionários a serem capacitados em atenção a condições MNS.
- » Garanta recursos não só para a capacitação, mas também para a **supervisão**. A supervisão clínica dos funcionários é essencial para a boa atenção às condições MNS.
- » Caso só seja possível capacitar alguns funcionários em relação ao conteúdo deste guia, o restante do pessoal clínico deve ser capaz de oferecer pelo menos Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP)*. A orientação sobre PCP pode ser realizada em aproximadamente metade de um dia. A publicação **Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo** (disponível em português) e os **Materiais de orientação** (disponíveis em inglês) correspondentes destinados aos facilitadores estão disponíveis on-line.
- » Oriente o recepcionista (ou a pessoa com função semelhante) sobre como agir nos casos de pessoas agitadas, quando a atenção imediata pode ser solicitada ou necessária.
- » Capacite eventuais profissionais e voluntários da comunidade a (a) conscientizar as pessoas sobre a atenção às condições MNS (ver adiante), (b) auxiliar as pessoas com condições MNS a procurarem o atendimento e (c) ajudar na continuidade do cuidado.
- » Considere a possibilidade de designar um membro da equipe de saúde (p. ex., enfermeiro, profissional de atenção psicossocial, assistente social comunitário) para ser capacitado e supervisionado para oferecer **apoio psicossocial** (p. ex., oferecer tratamentos psicológicos breves, coordenar grupos de autoajuda, instruir a controlar o estresse).
- » Oriente todo o pessoal sobre os **mecanismos locais de proteção**:
 - ♦ Exigências e limitações de consentimento, incluindo a notificação de suspeita de maus-tratos infantis, violência sexual e de gênero e outras violações dos direitos humanos.
 - ♦ Identificação, localização e reunião de famílias. Crianças separadas da família, em especial, devem ser protegidas e encaminhadas a lugares de acolhimento temporário apropriados, se necessário.
- » Eventuais profissionais de saúde mental estrangeiros que atuem como supervisores no serviço de saúde devem ser informados sobre a cultura e o contexto locais.
- » Oriente todo o pessoal sobre o encaminhamento das pessoas aos serviços disponíveis.

Referência

- » Mantenha no serviço de saúde uma lista atualizada de contatos para encaminhamento para o cuidado das condições MNS.
- » Mantenha no serviço de saúde uma lista atualizada de contatos de outros recursos de apoio disponíveis na região (p. ex., necessidades básicas como abrigo e alimentação, recursos e serviços sociais e comunitários, proteção e apoio legal).

Conscientização sobre os serviços disponíveis

- » Prepare mensagens para a comunidade sobre os cuidados disponíveis para condições MNS (p. ex., finalidade e importância da atenção às condições MNS, atendimentos oferecidos no serviço de saúde, local e horário de funcionamento).
- » Discuta as mensagens com as lideranças da comunidade.
- » Utilize diversos canais de divulgação, como rádio, cartazes nos serviços de saúde, trabalhadores comunitários ou outros recursos da comunidade que possam informar a população em geral. Quando apropriado, considere a discussão das mensagens com curandeiros tradicionais e indígenas que estejam cuidando de pessoas com condições MNS e estejam dispostos a colaborar e encaminhar alguns casos [ver orientação na Lista de ações 6.4 das Diretrizes do *IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias* (IASC, 2007)].
- » Entre em contato com grupos marginalizados que podem não conhecer o serviço de saúde ou não ter acesso a ele.

Medicamentos

- » Trabalhe com os responsáveis pelas decisões para garantir um **suprimento constante de medicamentos essenciais**.
- » Garanta a disponibilidade de:
 - ♦ pelo menos um medicamento antipsicótico (comprimido e injetável);
 - ♦ pelo menos um medicamento antiparkinsoniano (para tratar possíveis efeitos colaterais extrapiramidais*) (comprimido);
 - ♦ pelo menos um anticonvulsivante/antiepiléptico (comprimido);
 - ♦ pelo menos um antidepressivo (comprimido); e
 - ♦ pelo menos um ansiolítico (comprimido e injetável).
- » Você pode ter acesso ao **Kit médico de emergência interações** (disponível em espanhol) (OMS, 2011), uma grande caixa com medicamentos e provisões médicas destinadas a suprir as necessidades básicas de saúde esperadas de 10.000 pessoas expostas a grandes emergências humanitárias durante três meses.
 - ♦ O kit contém os seguintes medicamentos psicotrópicos:
 - ▶ **Amitriptilina** em comprimido: 4.000 comprimidos de 25 mg
 - ▶ **Biperideno** em comprimido: 400 comprimidos de 2 mg
 - ▶ **Diazepam** em comprimido: 240 comprimidos de 5 mg
 - ▶ **Diazepam** injetável: 200 ampolas de 2 ml (5 mg/ml)
 - ▶ **Haloperidol** em comprimido: 1.300 comprimidos de 5 mg
 - ▶ **Haloperidol** injetável: 20 ampolas de 1 ml (5 mg/ml)
 - ▶ **Fenobarbital** em comprimido: 1.000 comprimidos de 50 mg.
 - ♦ A quantidade de medicamentos nesse kit não é suficiente para os programas que fazem a identificação proativa e o manejo de epilepsia, psicose e depressão. Será necessário fazer um pedido maior.
 - ♦ Em longo prazo, as quantidades necessárias de medicamento devem ser orientadas pelo uso efetivo.
- » Além dos medicamentos psicotrópicos, deve haver **atropina** para o manejo clínico da intoxicação aguda por pesticida, uma forma comum de autolesão. O kit contém 50 ampolas de 1 ml (1mg/ml).
- » Todos os medicamentos devem ser **armazenados em local seguro**.

Gestão da informação

- » **Garanta o sigilo**. Os prontuários devem ser armazenados com segurança.
- » Identifique os dados que devem ser inseridos no sistema de informação em saúde.
 - ♦ Considere a possibilidade de usar o componente neuropsiquiátrico de 7 categorias do Sistema de Informação em Saúde do ACNUR para orientação sobre documentação de transtornos MNS (ver Anexo 1).
 - ♦ Em situações de grande emergência aguda, as autoridades de saúde pública podem não estar preparadas para acrescentar sete itens ao sistema de informação em saúde. Nesse caso, deve-se acrescentar no mínimo um item denominado “problema mental, neurológico ou por uso de substâncias” a esse sistema. Com o passar do tempo, esse item deve ser substituído por um sistema mais detalhado.
- » Reúna e analise os dados e apresente os resultados às autoridades de saúde pública competentes.

Princípios Gerais de Atenção a Pessoas com Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Contextos Humanitários

PGA

1. Princípios de comunicação

Em situações de crise humanitária imprevisíveis e em rápida transformação, os profissionais de saúde sofrem enorme pressão para atender o maior número possível de pessoas no menor tempo possível. As consultas nos estabelecimentos de saúde precisam ser curtas, flexíveis e concentradas nos problemas mais urgentes. Boas habilidades de comunicação ajudarão os profissionais de saúde a alcançar essas metas e a oferecer cuidados efetivos a adultos, adolescentes e crianças com condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias (MNS).

» Crie um ambiente que facilite a comunicação aberta

- ♦ Reúna-se com a pessoa em um **espaço privado**, se possível.
- ♦ Posicione-se **na mesma altura dos olhos** da pessoa (p. ex., se a pessoa estiver sentada, sente-se também).
- ♦ **Dê as boas-vindas à pessoa**; apresente-se e informe seu cargo/função de maneira culturalmente apropriada.
- ♦ **Cumprimente** todos os presentes.
- ♦ Pergunte à pessoa se quer que os cuidadores ou outras pessoas permaneçam na sala.
 - A menos que se trate de uma criança pequena, sugira uma conversa a sós com a pessoa, se possível. Caso ela queira que os outros permaneçam, respeite sua vontade.
 - Se a pessoa estiver sozinha na consulta, peça sua permissão para:
 - fazer aos cuidadores perguntas de avaliação importantes para conhecer seu ponto de vista, e
 - incluir os cuidadores na discussão e decisão sobre o plano de manejo.
- ♦ Informe que as informações discutidas durante a consulta serão confidenciais e não serão compartilhadas sem autorização da pessoa, exceto quando você identificar algum risco para ela própria ou para outros (observe que pode ser necessário adaptar a mensagem de acordo com os limites legais de confidencialidade nacionais).

» Envolve o máximo possível a pessoa com condição MNS

- ♦ Mesmo que a pessoa tenha o funcionamento comprometido, **procure incluí-la** sempre na discussão. Isso é válido também para crianças, jovens e idosos com condições MNS. Não os ignore conversando somente com os cuidadores.
- ♦ Procure sempre **explicar** o que está sendo feito (p. ex., durante o exame físico) e o que será feito.

» Comece escutando

- ♦ Permita que a pessoa com condição MNS fale sem interrupções. Pessoas angustiadas nem sempre narram a história com clareza. Quando isso acontecer, seja paciente e peça esclarecimentos. Procure não se apressar.
- ♦ Não pressione a pessoa para discutir ou descrever eventos potencialmente traumáticos* se ela não quiser se abrir. Simplesmente assegure a ela que você está lá para escutar.
- ♦ As crianças podem necessitar de mais tempo para se sentirem à vontade. Use uma linguagem que elas compreendam. Para estabelecer uma relação com crianças pode ser necessário conversar sobre seus interesses (brinquedos, amigos, escola, etc.).

» Seja claro e conciso

- ♦ Use a linguagem com que a pessoa está familiarizada. Evite termos técnicos.
- ♦ O estresse pode comprometer a capacidade de processar informações. Aborde um ponto de cada vez

para ajudá-la a compreender o que está sendo dito antes de passar ao próximo ponto.

- ♦ **Resuma e repita** os pontos principais. Pode ser conveniente pedir que a pessoa ou os cuidadores anotem pontos importantes. Outra opção é entregar à pessoa um resumo escrito dos pontos principais.
- ♦ **Responda com sensibilidade quando as pessoas revelarem experiências difíceis** (p. ex., agressão sexual, violência ou autolesão)
 - ♦ Diga que você respeitará o sigilo das informações.
 - ♦ Nunca menospreze os sentimentos da pessoa nem faça sermões ou julgamentos.
 - ♦ Reconheça que pode ter sido difícil para ela compartilhar relatos de sua vida.
 - ♦ Se for necessário encaminhá-la a outros serviços, explique claramente quais serão os próximos passos. Solicite seu consentimento para compartilhar as informações com outros profissionais que possam ser úteis. Por exemplo:
 - *Você me contou que seu vizinho fez algo muito ruim a você. Não contarei isso a ninguém, mas conheço algumas pessoas que talvez possam ajudar. Você me autoriza a conversar sobre sua experiência com meu colega do organismo X?*
- ♦ **Não julgue as pessoas pelo comportamento**
 - ♦ As pessoas com condições MNS graves podem ter comportamentos estranhos. Entenda que a causa pode ser a doença. Mantenha-se tranquilo e paciente. Nunca ria da pessoa.
 - Se o comportamento da pessoa for inapropriado (p. ex., agitado, agressivo, ameaçador), procure descobrir a origem do problema e sugira soluções. Inclua os cuidadores ou outros membros da equipe na criação de um espaço tranquilo e silencioso. Em caso de angústia ou agitação extrema, pode ser necessário priorizar a consulta e levá-la imediatamente ao consultório.
- ♦ **Se necessário, use intérpretes apropriados**
 - ♦ Se necessário, procure trabalhar com intérpretes capacitados, de preferência do mesmo gênero que a pessoa com a condição MNS. Se não for possível contar com um intérprete capacitado, outro membro da equipe de saúde ou cuidador pode atuar como intérprete, com o consentimento da pessoa.
 - ♦ Quando o cuidador atuar como intérprete, tenha em mente que a pessoa com a condição MNS pode não revelar completamente a situação. Além disso, conflitos de interesse entre a pessoa e o cuidador podem influenciar a comunicação. Caso isso se torne um problema, providencie um intérprete apropriado para as próximas consultas.
 - ♦ Instrua o intérprete a manter o sigilo e traduzir literalmente, sem acrescentar as próprias ideias e interpretações.

2. Princípios de avaliação

A avaliação clínica inclui a identificação da condição MNS e a compreensão do(s) problema(s) pela própria pessoa. É importante também para avaliar os pontos fortes e os recursos da pessoa (p. ex., apoios sociais). Essas informações complementares ajudarão os profissionais de saúde a oferecer uma melhor atenção.

Durante a avaliação, é importante sempre prestar atenção à aparência geral, humor, expressão facial, linguagem corporal e fala da pessoa com condição MNS.

» Explore a queixa inicial

- ♦ *Por que você veio até aqui hoje? Quando e como o problema começou? Como evoluiu ao longo do tempo?*
- ♦ *Como você se sente em relação ao problema? Em sua opinião, qual é a origem do problema?*
- ♦ *Como esse problema afeta seu dia a dia? Como ele o afeta na escola/trabalho ou na vida cotidiana na comunidade?*
- ♦ *Que tipos de solução você experimentou para tentar resolver o problema? Tomou algum medicamento? Nesse caso, de que tipo (p. ex., prescrito, não prescrito, fitoterápico)? Qual foi o efeito?*

» Explore uma possível história familiar de condições MNS

- ♦ *Você sabe se algum parente teve problema semelhante?*

» Explore a história clínica geral da pessoa

- ♦ Pergunte sobre problemas de saúde física anteriores:
 - *Você já teve algum problema de saúde grave?*
 - *Você está tratando algum problema de saúde atualmente?*
- ♦ Pergunte se a pessoa toma algum medicamento:
 - *Algum profissional de saúde prescreveu algum medicamento que você deveria estar tomando no momento?*
 - *Qual é o nome do medicamento? Você o trouxe? Com que frequência você toma esse medicamento?*
- ♦ Pergunte se ela já teve alguma reação alérgica a medicamentos.

» Explore os estressores atuais, as estratégias de enfrentamento e o apoio social

- ♦ *Como sua vida mudou desde ... [cite o evento causador da crise humanitária]?*
- ♦ *Perdeu algum ente querido?*
- ♦ *Qual é o grau de estresse em sua vida? Como isso está afetando você?*
- ♦ *Quais são seus problemas mais graves atualmente?*
- ♦ *Como você supera/enfrenta esses problemas no dia a dia?*
- ♦ *Que tipo de apoio/suporte você tem? Recebe ajuda da família, de amigos ou de pessoas na comunidade?*

» Explorar o possível uso de álcool e drogas

Perguntas sobre álcool e drogas podem ser consideradas delicadas e até mesmo ofensivas. Entretanto, são essenciais na avaliação de condições MNS. Explique que isso faz parte da avaliação e procure abordar sem juízo de valor e levar em conta as diferenças culturais.

- ♦ *Eu preciso fazer algumas perguntas de rotina que fazem parte da avaliação. Você consome bebidas alcoólicas (ou qualquer outra substância que seja um problema comum na área)? [Em caso afirmativo] Qual é a quantidade consumida por dia/semana?*
- ♦ *Você toma algum comprimido quando está estressado, aborrecido ou com medo? Usa algo quando sente dor? Toma comprimidos para dormir? [Em caso afirmativo] Quantos por dia/semana? Desde quando?*

» Explore possíveis pensamentos suicidas e tentativas de suicídio

Perguntas sobre suicídio também podem ser consideradas ofensivas, mas, da mesma forma, são essenciais na avaliação de condições MNS. Procure levar em conta as diferenças culturais e ser moralmente neutro ao perguntar.

- ♦ Você pode começar da seguinte maneira: *Quais são suas esperanças para o futuro? Se a pessoa expressar desesperança, faça outras perguntas (>> **Quadro 1** do módulo **SUI**), como Você acha que a vida vale a pena? Pensa em ferir a si próprio? ou Tem algum plano para pôr fim à vida? (>> **SUI**)*

» Faça um exame físico direcionado

- ♦ Esse exame físico deve ser concentrado, orientado pelas informações obtidas durante a avaliação de condições MNS. Caso detecte alguma condição física nessa etapa, proceda ao manejo ou encaminhe a pessoa aos recursos apropriados.



- » Se houver suspeita de condição MNS, consulte o módulo correspondente para avaliação.
- » Se a pessoa apresentar características correspondentes a mais de uma condição MNS, é preciso considerar todos os módulos pertinentes.

3. Princípios de manejo

Muitas condições MNS são crônicas, com necessidade de monitoramento e seguimento de longo prazo. Em situações de crise humanitária, porém, a continuidade da atenção pode ser difícil, porque não há disponibilidade sistemática de atenção à saúde mental ou porque as pessoas foram ou estão prestes a ser deslocadas. Portanto, é importante reconhecer os cuidadores de pessoas com condições MNS como recursos valiosos. Eles podem ser capazes de oferecer atenção, apoio e monitoramento sistemáticos durante toda a crise. Os cuidadores abrangem qualquer um que partilhe da responsabilidade pelo bem-estar da pessoa com uma condição MNS, incluindo parentes, amigos ou outras pessoas de confiança. O maior conhecimento da pessoa e do cuidador sobre a condição MNS, o plano de manejo e o plano de acompanhamento aumentarão a adesão.

» Conduza o manejo tanto das condições mentais quanto das condições físicas em pessoas com condições MNS

- ♦ Dê à pessoa informações sobre a condição.
 - Se a pessoa concordar, dê informações também ao cuidador.
- ♦ Discuta e determine objetivos alcançáveis, elabore um plano de manejo em comum acordo com a pessoa
 - Se a pessoa concordar, inclua também o cuidador nessa discussão
 - Para o plano de manejo proposto, dê informações sobre:
 - benefícios esperados do tratamento;
 - duração do tratamento;
 - importância da adesão ao tratamento, incluindo a prática de eventuais intervenções psicológicas apropriadas (p. ex., treinamento de relaxamento) em casa e como os cuidadores poderiam ajudar;
 - possíveis efeitos colaterais de qualquer medicamento prescrito;
 - possível participação de assistentes sociais, gestores de casos, agentes comunitários de saúde ou outras pessoas de confiança na comunidade (>> *Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social* adiante);
 - prognóstico. Mantenha um tom esperançoso, mas seja realista acerca da recuperação.
- ♦ Dê informações sobre os aspectos financeiros do plano de manejo, se apropriado.

» Aborde as dúvidas e preocupações da pessoa e do cuidador com relação ao plano de manejo

Em caso de gravidez ou amamentação:

- » Evite prescrever medicamentos que possam acarretar riscos ao feto e facilite o acesso à atenção pré-natal.
- » Evite prescrever medicamentos que possam acarretar riscos ao lactente ou à criança pequena de uma mulher que esteja amamentando. Monitore o bebê de uma mulher que esteja tomando algum medicamento durante a amamentação. Considere a possibilidade de facilitar o acesso a espaços/tendas amigáveis ao bebê.

» Antes que a pessoa se retire:

- ♦ Confirme se a pessoa e o cuidador compreendem o plano de manejo e concordam com ele (p. ex., você pode pedir que os dois repitam os elementos essenciais do plano).
- ♦ Incentive o automonitoramento dos sintomas e oriente a pessoa e o cuidador sobre quando procurar atendimento de urgência.
- ♦ Marque uma consulta de acompanhamento.
 - Crie um plano de acompanhamento, levando em consideração a atual situação humanitária (p. ex., população em fuga/movimento e interrupções dos serviços).
 - Se for improvável que a pessoa tenha acesso ao mesmo serviço de saúde:
 - Entregue um breve plano de manejo por escrito e incentive a pessoa a levá-lo a qualquer consulta no futuro.
 - Dê informações de contato de outros estabelecimentos de saúde nas proximidades.
- ♦ As consultas iniciais de acompanhamento devem ser mais frequentes até que os sintomas comecem a responder ao tratamento.
- ♦ Assim que os sintomas começarem a melhorar, recomendam-se consultas menos frequentes, mas periódicas.
- ♦ Explique que a pessoa pode voltar ao atendimento MNS em qualquer momento entre as consultas de acompanhamento se necessário (p. ex., em caso de efeitos colaterais de medicamentos).

» Em cada consulta de acompanhamento, avalie:

- ♦ Resposta ao tratamento, efeitos colaterais dos medicamentos e adesão às intervenções medicamentosas e psicossociais. Reconheça qualquer progresso em direção às metas e reforce a adesão.
- ♦ Estado de saúde geral. Monitore a saúde física periodicamente.
- ♦ Autocuidado (p. ex., alimentação, higiene, vestimentas) e o funcionamento no ambiente da própria pessoa.
- ♦ Problemas psicossociais e/ou mudanças nas condições de vida que possam afetar o manejo.
- ♦ A compreensão e as expectativas da pessoa e do cuidador em relação ao tratamento. Corrija qualquer entendimento equivocado.
- ♦ Sempre confirme as informações de contato mais recentes, pois as mudanças podem ser frequentes.

» Durante todo o período de acompanhamento:

- ♦ Mantenha contato periódico com a pessoa e seu cuidador. Caso disponível, indique um profissional ou outra pessoa de confiança na comunidade para se manter em contato com a pessoa. Essa pessoa pode ser um parente.
- ♦ Tenha um plano de ação para os casos em que a pessoa não comparecer à consulta.
 - Procure descobrir por que a pessoa não retornou. Um profissional da comunidade ou outra pessoa de confiança pode ajudar a localizá-la (p. ex., visitas em domicílio).
 - Se possível, tente abordar a dificuldade para que a pessoa possa retornar ao atendimento MNS.
- ♦ Consulte um especialista se a pessoa não melhorar.

4. Princípios de redução de estresse e fortalecimento do apoio social

A redução do estresse e o fortalecimento do apoio social integram o tratamento de condições MNS em contextos humanitários, em que o nível de estresse das pessoas costuma ser altíssimo. Estão incluídos não só o estresse das pessoas com condições MNS, mas também o estresse de seus cuidadores e dependentes. Com frequência, o estresse contribui para as condições MNS existentes ou as agrava. O apoio social pode diminuir muitos dos efeitos adversos do estresse; portanto, a atenção ao apoio social é essencial. O fortalecimento do apoio social também é um componente essencial da proteção (>> *Princípios de proteção dos direitos humanos*) e do bem-estar geral da população afetada por crises humanitárias (>> *Princípios de atenção ao bem-estar geral*).

» Explore os possíveis estressores e a disponibilidade de apoio social

- ♦ Qual é sua maior preocupação ultimamente?
- ♦ Como você lida com essa preocupação?
- ♦ Cite algumas coisas que lhe dão alívio, força e energia.
- ♦ Com quem você se sente mais à vontade para compartilhar seus problemas? Quando não está se sentindo bem, quem você procura para pedir ajuda ou aconselhamento?
- ♦ Como está o relacionamento com sua família? De que maneira parentes e amigos dão apoio e de que maneira causam estresse?

» Esteja atento a sinais de maus-tratos ou negligência

- ♦ Esteja atento a possíveis sinais de abuso sexual ou maus-tratos físicos (incluindo violência doméstica) em mulheres, crianças e idosos (p. ex., equimoses ou lesões inexplicadas, temor excessivo, relutância em discutir assuntos na presença de um parente).
- ♦ Esteja atento a possíveis sinais de negligência, principalmente em crianças, idosos e pessoas com deficiência (p. ex., desnutrição em uma família com acesso a alimentos suficientes, criança excessivamente retraída).
- ♦ Quando houver sinais de abuso ou negligência, converse com a pessoa em um espaço privado e pergunte se está sofrendo algum dano.
- ♦ Se suspeitar de abuso ou negligência:
 - Converse imediatamente com seu supervisor para discutir o plano de ação.
 - Com o consentimento da pessoa, identifique recursos de proteção na comunidade (p. ex., serviços jurídicos e redes de proteção confiáveis).

» Com base nas informações reunidas, considere as seguintes estratégias:

- ♦ Solução de Problemas:
 - Use técnicas de solução de problemas* para ajudar a pessoa a enfrentar os principais estressores. Quando não for possível eliminar ou reduzir os estressores, podem-se usar técnicas de solução de problemas para identificar maneiras de lidar com eles. Em geral, não dê orientações diretas. Procure incentivar a pessoa a encontrar as próprias soluções.
 - Ao trabalhar com crianças e adolescentes, é essencial avaliar e abordar também as fontes de estresse do cuidador.
- ♦ Fortaleça o apoio social
 - Ajude a pessoa a identificar parentes, amigos e membros da comunidade de confiança que possam dar apoio, bem como a analisar de que maneira cada um pode ajudar.
 - Com o consentimento da pessoa, encaminhe-a a outros recursos de apoio social comunitários. Assistentes sociais, gestores de casos ou outras pessoas de confiança na comunidade talvez possam ajudar a conectar a pessoa a recursos apropriados como:
 - serviços sociais ou de proteção;
 - abrigo, alimentos e itens não alimentícios;
 - centros comunitários, grupos de autoajuda e apoio;
 - atividades geradoras de renda e outras atividades vocacionais;
 - educação formal/informal;

• espaços amigos da criança ou outras atividades organizadas para crianças e adolescentes. Ao encaminhar uma pessoa, facilite o acesso aos recursos (p. ex., informe como chegar ao local, o horário de funcionamento, o número de telefone, etc.) e entregue um breve relatório de encaminhamento.

♦ Ensine a controlar o estresse:

- Identifique e desenvolva maneiras positivas de relaxar (p. ex., ouvir música, praticar esportes, etc.).
- Ensine à pessoa e aos cuidadores técnicas específicas de controle do estresse [p. ex., exercícios respiratórios (>> *Quadro PGA 2*)].
 - Em algumas situações, você pode encaminhar a pessoa a um profissional de saúde (p. ex., enfermeiro ou profissional de atenção psicossocial) que ensinará essas técnicas.

» Aborde o estresse dos cuidadores

♦ Pergunte ao(s) cuidador(es) sobre:

- preocupações e ansiedade relativas aos cuidados da pessoa com condições MNS na atual situação de emergência humanitária;
 - dificuldades de ordem prática (p. ex., sobrecarga de tempo, liberdade e dinheiro dos cuidadores);
 - capacidade de realizar outras atividades diárias, como trabalhar ou participar de eventos na comunidade;
 - fadiga física;
 - apoio social disponível para os cuidadores:
 - Existem outras pessoas que possam ajudar quando você não puder cuidar da pessoa (p. ex., se estiver doente ou muito cansado)?;
 - bem-estar psicológico. Se os cuidadores parecerem angustiados ou instáveis, avalie se apresentam alguma condição MNS (p. ex., >> *DEP, SUB*).
- ♦ Depois da avaliação, procure abordar as necessidades e preocupações dos cuidadores, o que pode incluir:
- fornecer informações;
 - conectar o cuidador a serviços e apoios comunitários apropriados;
 - discutir sobre cuidados temporários — um parente ou outra pessoa pode cuidar da pessoa temporariamente enquanto o cuidador principal descansa ou faz outras atividades importantes;
 - aconselhar para a solução de problemas* e instruir a controlar o estresse;
 - instituir o manejo de qualquer condição MNS identificada no cuidador.
- ♦ Reconheça que é estressante cuidar de pessoas com condições MNS, mas diga ao cuidador que é importante que continue a fazê-lo. Ainda que seja difícil, os cuidadores precisam respeitar a dignidade das pessoas sob seus cuidados e incluí-las o máximo possível nas decisões sobre a própria vida.

Quadro PGA 1: Fortalecimento do apoio comunitário

Além do manejo clínico, **promova atividades que melhorem o apoio familiar e comunitário para todos, principalmente os membros marginalizados da comunidade.** Para orientação adicional, consulte a publicação *Compreensão da proteção comunitária* (disponível em espanhol) (ACNUR, 2013) e a Lista de ações 5.2 das *Diretrizes sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias do IASC* (IASC, 2007).

Quadro PGA 2: Exercícios de relaxamento: instruções sobre a técnica de respiração lenta

Vou ensiná-lo a respirar de uma maneira que ajuda a relaxar o corpo e a mente. É necessário um pouco de prática até notar todos os benefícios dessa técnica respiratória.

A estratégia concentra-se na respiração porque, quando estamos estressados, a respiração se torna rápida e superficial, o que aumenta a tensão. Para começar a relaxar, primeiro é preciso modificar a respiração.

Antes de começar, vamos relaxar o corpo. Balance suavemente e relaxe braços e pernas. Deixe-os soltos e descontraídos. Leve os ombros para trás e gire suavemente a cabeça de um lado para outro.

Coloque uma mão sobre o abdome e a outra mão sobre a parte superior do tórax. Quero que você imagine que tem um balão dentro da barriga e, quando inspirar, vai encher esse balão de ar e, portanto, o abdome vai se expandir. Ao expirar, o ar sairá do balão, e o abdome vai se contrair. Antes, veja como eu vou fazer. Primeiro, vou expirar para expelir todo o ar do abdome.

[Demonstre a respiração abdominal — procure exagerar a expansão e contração do abdome]

Certo, agora tente fazer a respiração abdominal junto comigo. Lembre-se, começamos expirando até expelir todo o ar; depois inspiramos. Se conseguir, inspire pelo nariz e expire pela boca.

Muito bem! O segundo passo é diminuir a frequência respiratória. Então vamos inspirar durante três segundos, prender a respiração por dois segundos e expirar durante três segundos. Vamos contar juntos. Pode fechar os olhos ou mantê-los abertos.

Vamos lá, inspire, 1, 2, 3. Prenda a respiração, 1, 2. Expire, 1, 2, 3. Notou como eu conto devagar?

[Repita esse exercício respiratório por cerca de um minuto]

Ótimo! Ao praticar sozinho, não se preocupe em contar exatamente três segundos. Apenas procure desacelerar a respiração quando estiver estressado.

Certo, agora tente fazer sozinho durante um minuto.

5. Princípios de proteção dos direitos humanos

As pessoas com condições MNS graves necessitam de proteção em razão do maior risco de violação dos direitos humanos. Com frequência, elas têm dificuldade para cuidar de si mesmas e da família, além de enfrentarem discriminação em muitas áreas da vida, entre as quais estão o trabalho, a moradia e a vida familiar. Podem ter acesso precário à ajuda humanitária e sofrer abuso ou negligência da própria família. Muitas vezes, é negada a elas a oportunidade de participar plenamente na comunidade. Algumas pessoas com condições MNS graves podem não estar cientes de que têm um problema que demanda cuidado e apoio.

As pessoas com condições MNS podem sofrer diversas violações dos direitos humanos durante emergências humanitárias, incluindo:

- » discriminação no acesso às necessidades básicas para sobrevivência, como alimento, água, saneamento, abrigo, serviços de saúde, proteção e meios de subsistência;
- » negação do direito de exercer a capacidade legal;
- » falta de acesso a serviços para atender suas necessidades específicas;
- » maus-tratos físicos e abuso sexual, exploração, violência, negligência e detenção arbitrária;
- » abandono ou separação da família durante o deslocamento;
- » abandono e negligência em ambientes institucionais.

Infelizmente, os sistemas de proteção comunitária e os programas para pessoas com deficiências nem sempre incluem, e às vezes até excluem ativamente, a proteção de pessoas com condições MNS graves. Portanto, os profissionais de saúde devem ser ativos defensores dessas pessoas e abordar essa falta de proteção.

Adiante são apresentadas ações estratégicas para abordar a proteção de pessoas com condições MNS que vivem em comunidades em contextos humanitários.

» Envolver os principais interessados diretos

- ♦ Identifique os principais interessados diretos que devem ser conscientizados sobre questões de proteção das pessoas com condições MNS. Eles são:
 - pessoas com condições MNS e seus cuidadores;
 - líderes comunitários (p. ex., representantes comunitários eleitos, anciãos da comunidade, professores, líderes religiosos, curandeiros tradicionais e espirituais);
 - gestores de diversos serviços (p. ex., proteção e segurança, saúde, abrigo, água e saneamento, nutrição, educação, programas de subsistência);
 - gestores de serviços de apoio a pessoas com deficiência (muitos desses serviços negligenciam involuntariamente a incapacidade por condições MNS);
 - representantes de grupos comunitários (grupos de jovens ou mulheres) e organizações de direitos humanos; autoridades policiais e legais.
- ♦ Organize atividades de conscientização para os principais interessados diretos:
 - Considere a oferta de seminários de orientação sobre condições MNS.
 - Consulte pessoas com condições MNS, seus cuidadores e os setores de serviço social e de apoio a pessoas com deficiência ao planejar e implementar atividades de conscientização.
 - Durante as atividades de conscientização:
 - Eduque e afaste concepções errôneas sobre pessoas com condições MNS.
 - Eduque sobre os direitos de pessoas com condições MNS, incluindo igualdade de acesso a ajuda e proteção humanitária.
 - Rechace a discriminação contra as pessoas com condições MNS.
 - Promova o apoio aos cuidadores de pessoas com condições MNS.

» Proteja os direitos de pessoas com condições MNS graves em contextos de atenção à saúde

- ♦ Sempre trate com respeito e dignidade as pessoas com condições MNS.
- ♦ Assegure às pessoas com condições MNS o mesmo acesso à atenção à saúde física que têm as pessoas sem condições MNS.
- ♦ Respeite o direito de uma pessoa recusar atenção à saúde, salvo se ela não tiver capacidade para tomar essa decisão (cf. convenções internacionais assinadas).
- ♦ Desencoraje a internação. Se a pessoa já estiver internada, defenda seus direitos na instituição.

» Promova a integração comunitária de pessoas com condições MNS graves

- ♦ Defenda a inclusão de pessoas com condições MNS em apoios à subsistência, programas de proteção e outras atividades da comunidade.
- ♦ Defenda a inclusão escolar de crianças com epilepsia e outras condições MNS.
- ♦ Defenda a inclusão de programas voltados para crianças e adultos com deficiência intelectual ou atraso do desenvolvimento nos programas de apoio a pessoas com deficiência da comunidade.
- ♦ Defenda a manutenção, na medida do possível, da autonomia e independência das pessoas com condições MNS.

Os princípios gerais de proteção na ação humanitária são descritos no *Manual Esfera* (disponível em espanhol) (Projeto Esfera, 2011). Para orientação adicional sobre a proteção de pessoas em hospitais e instituições psiquiátricas, consulte a Lista de ações 6.3 das *Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias* (IASC, 2007).

6. Princípios de atenção ao bem-estar geral

Além do cuidado clínico, as pessoas com condições MNS necessitam de vários outros apoios ao bem-estar geral. Isso ocorre principalmente em situações de crise humanitária em que é frequente a interferência em serviços básicos, estruturas sociais, vida familiar e segurança. As pessoas com condições MNS enfrentam desafios adicionais na rotina diária e no autocuidado básico. A função dos profissionais de saúde ultrapassa os cuidados clínicos e se estende até a defesa do bem-estar geral das pessoas com condições MNS em múltiplos setores, como demonstrado na pirâmide das Diretrizes do IASC (ver figura PGA 1).

» **Apoie as pessoas com condições MNS para que tenham acesso seguro a serviços necessários à sobrevivência e à vida digna (p. ex., água, saneamento, ajuda alimentar, abrigo, meios de subsistência).** Isso abrange:

- ♦ orientação sobre a disponibilidade e os locais onde são oferecidos esses serviços;
- ♦ encaminhamento ativo e trabalho com o setor social para conectar as pessoas aos serviços sociais (p. ex., gestão de casos do tipo trabalho social);
- ♦ orientação sobre questões de segurança quando a pessoa não tem suficiente consciência das ameaças.

» **Providencie acesso prioritário a atividades apropriadas para pessoas com condições MNS, como ajudar crianças com essas condições a ter acesso a espaços amigos da criança.**

» **Apoie a saúde física geral das pessoas com condições MNS:**

- ♦ Organize avaliações de saúde e vacinações periódicas.
- ♦ Oriente sobre autocuidados básicos (nutrição, atividade física, sexo seguro, planejamento familiar, etc.).

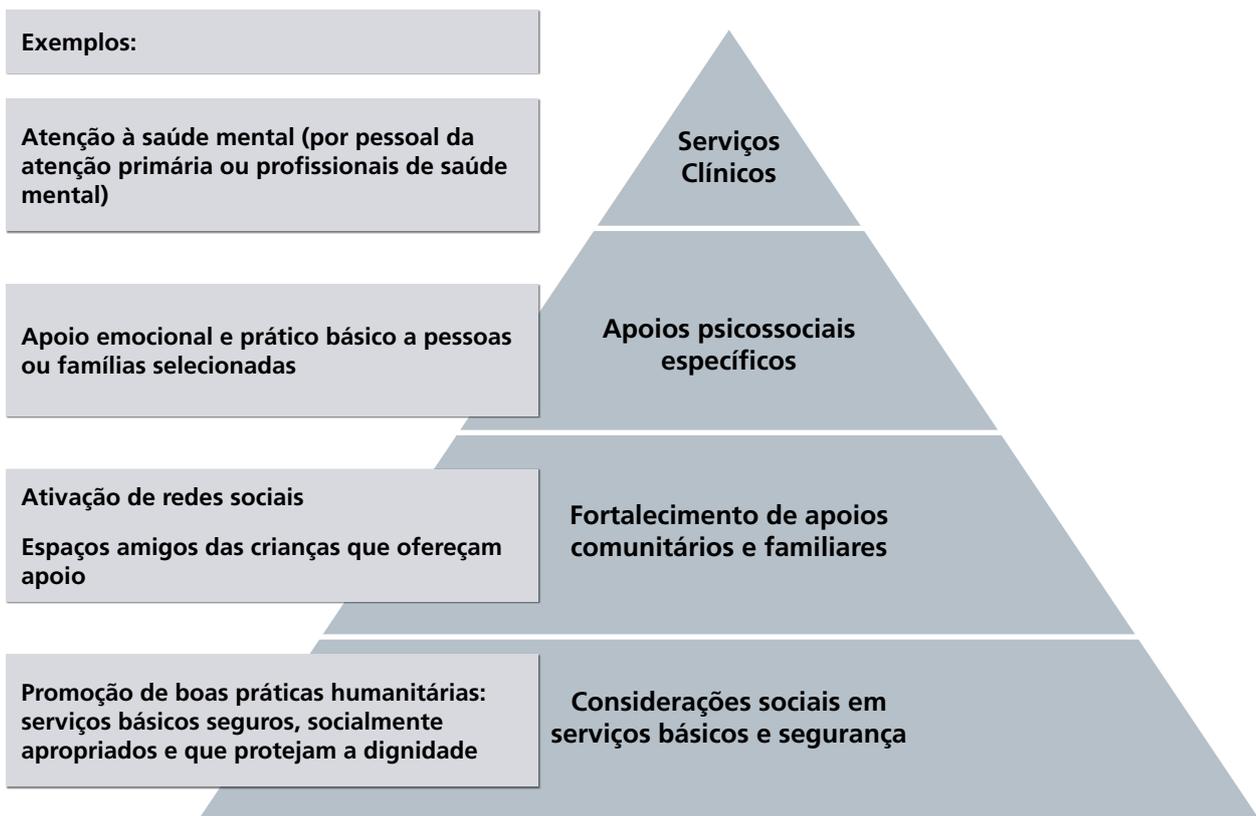


Figura PGA 1. Pirâmide do IASC de intervenções em Saúde Mental e Apoio Psicossocial em emergências (adaptado com permissão).

Estresse Agudo

Em emergências humanitárias, é frequente a exposição de adultos, adolescentes e crianças a eventos potencialmente traumáticos*. Estes desencadeiam uma grande variedade de reações emocionais, cognitivas, comportamentais e somáticas. Embora a maioria das reações seja autolimitada e não dê origem a transtornos mentais, as pessoas com reações graves tendem a procurar ajuda nos estabelecimentos de saúde.

Em muitas emergências humanitárias as pessoas sofrem diversas combinações de perdas e eventos potencialmente traumáticos; portanto, podem apresentar tanto estresse agudo quanto luto. Os sintomas, a avaliação e o manejo do estresse agudo e do luto têm muito em comum. Entretanto, o luto é abordado em outro módulo (>> LUT).

Depois de um evento potencialmente traumático recente, os profissionais de saúde devem ser capazes de identificar:

» Sintomas significativos de estresse agudo (AGU).

As pessoas com esses sintomas podem apresentar uma grande variedade de queixas psicológicas inespecíficas e queixas físicas sem explicação médica. Entre os sintomas estão reações a um evento potencialmente traumático **no último mês**, para as quais as pessoas buscam ajuda ou que causam considerável dificuldade no funcionamento diário, mas não satisfazem os critérios para outras condições abordadas neste guia. **Este módulo abrange a avaliação e o manejo de sintomas significativos de estresse agudo.**

» Transtorno de estresse pós-traumático (>> TEPT).

Quando um conjunto característico de sintomas (revivência, evitação e sensação intensa de ameaça atual) persistir por mais de um mês após um evento potencialmente traumático e causar considerável dificuldade de funcionamento diário, é possível que a pessoa tenha desenvolvido transtorno de estresse pós-traumático.

» Problemas e transtornos mais prováveis após exposição a estressores (p. ex., eventos potencialmente traumáticos), mas que também poderiam ocorrer sem essa exposição.

São eles: transtorno depressivo moderado a grave (>> **DEP**), psicose (>> **PSI**), uso prejudicial de álcool e drogas (>> **SUB**), suicídio (>> **SUI**) e outros problemas importantes de saúde mental (>> **OUT**).

» Reações que não são clinicamente significativas e não demandam manejo clínico.

Essas são as reações mais comuns. Entre elas estão reações transitórias que não levam as pessoas a procurar ajuda e não prejudicam o funcionamento diário. Nesses casos, os profissionais de saúde devem dar apoio, ajudar a atender às necessidades e preocupações da pessoa e monitorar se há a recuperação natural esperada.

Pergunta de avaliação 1: A pessoa passou por algum evento potencialmente traumático recente?

- » Pergunte se a pessoa passou por um **evento potencialmente traumático**. Considere-se evento potencialmente traumático todo evento ameaçador ou aterrorizante, como sofrer violência física ou sexual (incluindo a violência doméstica), ser testemunha de atrocidades ou sofrer grandes acidentes ou lesões. Considere as seguintes perguntas:
 - ♦ *Que estresse grave você viveu? Correu risco de vida? Passou por alguma situação aterrorizante que provocou muito medo ou fez você se sentir muito mal? Sente-se seguro em casa?*
- » Pergunte **quanto tempo** se passou desde o(s) evento(s).
- » Passe à pergunta de avaliação 2 caso tenha havido um evento potencialmente traumático no **último mês**.
- » No caso de uma grande perda (p. ex., a morte de um ente querido), avalie também se há luto (>> **LUT**).
- » Caso tenha ocorrido um evento potencialmente traumático há mais de 1 mês, considere outras condições abordadas neste guia (>> **DEP, TEPT, PSI, SUB**)

Pergunta de avaliação 2: Caso tenha ocorrido um evento potencialmente traumático no último mês, a pessoa tem sintomas significativos de estresse agudo?

- » Avalie se há:
 - ♦ ansiedade por ameaças relacionadas com o(s) evento(s) traumático(s);
 - ♦ distúrbios do sono;
 - ♦ problemas de concentração;
 - ♦ pesadelos recorrentes, flashbacks* ou lembranças intrusivas* dos eventos, acompanhados de forte medo ou terror;
 - ♦ evitação deliberada de pensamentos, recordações, atividades ou situações que façam a pessoa se recordar dos eventos (p. ex., evitar falar de questões que lembrem o evento ou evitar voltar ao lugar onde ele ocorreu);
 - ♦ “nervoso” ou apreensão; preocupação e vigilância excessivas com relação a perigos ou reação intensa a ruídos fortes ou movimentos inesperados;
 - ♦ sensação de choque, aturdimento ou entorpecimento, ou incapacidade de sentir qualquer coisa;
 - ♦ quaisquer pensamentos ou emoções perturbadoras (p. ex., tendência ao choro frequente, raiva);
 - ♦ mudanças de comportamento como:
 - agressão
 - isolamento e retraimento social
 - comportamentos de risco em adolescentes
 - comportamento regressivo*, como enurese noturna, apego excessivo ou tendência ao choro em crianças
 - ♦ hiperventilação (p. ex., respiração rápida, dispneia);
 - ♦ queixas físicas sem explicação médica, como:
 - palpitações, vertigem
 - cefaleias, dores generalizadas
 - sintomas dissociativos em relação ao corpo (p. ex., paralisia clinicamente inexplicável*, incapacidade de falar ou enxergar, “pseudocrises epilépticas”*)
- » É provável que haja **sintomas significativos de estresse agudo** se a pessoa satisfizer **todos** estes critérios:
 - ♦ ocorrência de evento potencialmente traumático **há cerca de 1 mês**;
 - ♦ início dos sintomas **após** o evento;
 - ♦ considerável dificuldade de funcionamento diário ou busca de ajuda por causa dos sintomas.

Pergunta de avaliação 3: Há alguma condição concomitante?

- » Avalie se há alguma **condição física** que possa explicar os sintomas e, se encontrar, proceda ao manejo apropriado.
- » Avalie se há outra **condição mental, neurológica e por uso de substância (MNS) (incluindo depressão)** abordada neste guia que possa explicar os sintomas e, se houver, proceda ao manejo apropriado.

Plano básico de manejo



NÃO prescreva medicamentos para controlar sintomas de estresse agudo (exceto se indicado em contrário abaixo).

1. Em TODOS os casos:

- » Preste apoio psicossocial básico³
 - ♦ **Escute** com atenção. NÃO pressione a pessoa para falar.
 - ♦ **Pergunte** sobre suas necessidades e preocupações.
 - ♦ **Ajude** a pessoa a atender às necessidades básicas, obter acesso aos serviços e se conectar com a família e outros apoios sociais.
 - ♦ **Proteja** a pessoa contra (outros) danos.
- » Ofereça apoio psicossocial adicional conforme descrição nos Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social (>> **Princípios gerais de atenção**):
 - ♦ Aborde os **estressores psicossociais atuais**.
 - ♦ Fortaleça o apoio social.
 - ♦ Ensine a controlar o estresse.
- » **Informe a pessoa sobre as reações normais ao luto e estresse agudo, p. ex.:**
 - ♦ *É comum que as pessoas tenham essas reações após esse tipo de evento.*
 - ♦ *Na maioria dos casos, as reações diminuem com o passar do tempo.*
- » Proceda ao manejo das condições concomitantes.

2. Em caso de problemas de sono como sintoma de estresse agudo, ofereça o seguinte manejo complementar:

- » Explique que é comum o surgimento de problemas do sono (insônia) depois de uma situação de estresse extremo.
- » Explore e aborde qualquer causa ambiental da insônia (p. ex., ruído).
- » Explore e aborde qualquer causa física de insônia (p. ex., dor física).
- » Oriente sobre a higiene do sono, incluindo rotinas de sono (p. ex., horário regular para deitar e levantar), evitar o consumo de café, nicotina e álcool no final do dia ou antes de deitar. Enfatize que o álcool atrapalha o sono.
- » Em casos excepcionais, extremamente graves, em que as intervenções psicológicas (p. ex., técnicas de relaxamento) não sejam viáveis ou efetivas e a insônia cause considerável dificuldade de funcionamento diário, pode-se considerar o tratamento com benzodiazepínicos por um curto período (3–7 dias).
 - ♦ Dose:
 - ▶ Para adultos, prescreva 2–5 mg de diazepam ao deitar.
 - ▶ Para idosos, prescreva 1–2,5 mg de diazepam ao deitar.
 - ▶ Avalie interações medicamentosas antes de prescrever diazepam.
 - ▶ Entre os efeitos colaterais comuns dos benzodiazepínicos estão a sonolência e a fraqueza muscular.
 - ▶ Precaução: os benzodiazepínicos desaceleram a respiração. Pode ser necessário monitoramento periódico.
 - ▶ Precaução: os benzodiazepínicos podem causar dependência*. Use somente para tratamento a curto prazo.
 - ♦ Nota:
 - ▶ Esse tratamento é somente para adultos.
 - ▶ Não prescreva benzodiazepínicos para crianças ou adolescentes.
 - ▶ Evite esse medicamento em mulheres grávidas ou que estejam amamentando.
 - ▶ Monitore os efeitos colaterais com frequência ao prescrever esse medicamento para idosos.
 - ▶ Essa é uma solução temporária para um problema do sono gravíssimo.
 - ▶ Os benzodiazepínicos não devem ser usados para tratar a insônia causada por luto em adultos ou crianças.
 - ▶ Os benzodiazepínicos não devem ser usados para tratar nenhum outro sintoma de estresse agudo ou TEPT.

³ A conduta descrita aqui costuma ser denominada primeiros cuidados psicológicos (PCP) quando aplicada às consequências imediatas de um evento extremamente estressante (>> *OMS, WTF e WVI, 2013*).

3. No caso de enurese noturna em crianças como sintoma de estresse agudo, ofereça o seguinte manejo complementar:

- » Avalie a história de enurese noturna para confirmar que começou **depois** de um evento estressante. Descarte e controle **outras causas possíveis** (p. ex., infecção urinária).
- » Explique:
 - ♦ A enurese noturna é uma reação **comum** e inofensiva em crianças que vivem uma situação de estresse.
 - ♦ As crianças **não devem ser castigadas** por causa da enurese noturna, porque a punição se soma ao estresse e pode agravar o problema. O cuidador deve evitar constranger a criança mencionando em público a enurese noturna.
 - ♦ Os cuidadores devem se manter calmos e dar apoio emocional.
- » Considere a capacitação dos cuidadores para uso de intervenções comportamentais simples (p. ex., recompensar o comportamento de evitar ingerir líquidos em excesso antes de dormir, recompensar o uso do banheiro antes de dormir, recompensar as noites sem urinar na cama). A recompensa pode ser qualquer coisa de que a criança goste, como mais tempo para brincar, estrelas em um quadro ou equivalente local.

4. No caso de hiperventilação (respiração muito rápida e incontrolável) como sintoma de estresse agudo, ofereça o seguinte manejo complementar:

- » Descarte e controle **outras causas possíveis**, mesmo que a hiperventilação tenha começado imediatamente após um evento estressante. Sempre realize as avaliações médicas necessárias para identificar possíveis causas físicas, como doenças pulmonares.
- » Caso não se identifique nenhuma causa física, tranquilize a pessoa dizendo que, às vezes, a hiperventilação ocorre após uma situação de estresse extremo, mas é improvável que seja um problema clínico grave.
- » Mantenha a calma e elimine possíveis fontes de ansiedade, se possível. Ajude a pessoa a voltar à respiração normal pela prática de respiração lenta (>> **Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social em Princípios gerais de atenção**) (não recomende que a pessoa respire dentro de um saco de papel).

5. No caso de um sintoma dissociativo em relação ao corpo (p. ex., paralisia clinicamente inexplicável, incapacidade de falar ou enxergar, “pseudocrises epilépticas”) como sintoma de estresse agudo, ofereça o seguinte manejo complementar:

- » Descarte e controle **outras causas possíveis**, mesmo que os sintomas tenham surgido imediatamente após um evento estressante. Sempre realize as avaliações médicas necessárias para identificar possíveis causas físicas. Veja no módulo sobre epilepsia orientações sobre avaliações médicas apropriadas em caso de crises epilépticas/convulsões (>> **EPI**).
- » Reconheça o sofrimento da pessoa e mantenha uma atitude respeitosa. Evite reforçar qualquer ganho que a pessoa possa obter com os sintomas.
- » Pergunte qual é a **explicação da própria pessoa** para os sintomas e aplique a orientação geral sobre o manejo de sintomas somáticos clinicamente inexplicáveis (>> **OUT**).
- » Tranquilize a pessoa dizendo que, às vezes, esses sintomas surgem após uma situação de estresse extremo, mas é improvável que seja um problema clínico grave.
- » Considere o uso de intervenções culturalmente específicas que não causem danos.

6. Peça que a pessoa retorne em 2-4 semanas se não houver melhora dos sintomas ou a qualquer momento se os sintomas piorarem.

Em emergências humanitárias, é frequente a exposição de adultos, adolescentes e crianças a grandes perdas. O luto é o sofrimento emocional após uma perda. Embora a maioria das reações à perda seja autolimitada e não se transforme em transtorno mental, as pessoas com sintomas importantes de luto são mais propensas a buscar ajuda em estabelecimentos de saúde.

Após uma perda, os profissionais de saúde devem ser capazes de identificar:

» Sintomas significativos de luto (LUT).

A exemplo do que ocorre no estresse agudo, as pessoas enlutadas podem apresentar uma grande variedade de queixas psicológicas inespecíficas e queixas físicas clinicamente inexplicáveis. Considera-se que os sintomas de luto após uma perda sejam significativos se causarem dificuldade considerável no funcionamento diário (além do esperado naquela cultura) ou se a pessoa buscar ajuda por causa dos sintomas. **Este módulo abrange a avaliação e o manejo de sintomas significativos de luto.**

» Transtorno de luto prolongado.

Em caso de persistência de sintomas significativos de luto, as pessoas podem desenvolver transtorno de luto prolongado. Essa condição inclui grande preocupação com a pessoa falecida ou forte saudade dela, associada a intensa dor emocional e considerável dificuldade no funcionamento diário durante pelo menos 6 meses (e por um período muito maior que o esperado na cultura da pessoa). Nesses casos, os profissionais de saúde devem consultar um especialista.

» Problemas e transtornos mais prováveis após exposição a estressores (p. ex., morte de pessoa próxima), mas que também ocorrem sem essa exposição.

Eles são: transtorno depressivo moderado a grave (>> *DEP*), psicose (>> *de PSI*), uso prejudicial de álcool e drogas (>> *SUB*), autolesão/suicídio (>> *SUI*) e outros problemas importantes de saúde mental (>> *OUT*).

» Reações que não são clinicamente significativas e que não demandam manejo clínico.

Essas são as reações mais comuns. Entre elas estão reações transitórias que não levam as pessoas a procurar ajuda e não prejudicam o funcionamento diário além do culturalmente esperado. Os profissionais de saúde devem dar apoio, ajudar a atender às necessidades e preocupações da pessoa e monitorar se há a recuperação natural esperada; no entanto, essas reações não demandam manejo clínico.

Pergunta de avaliação 1: A pessoa sofreu uma grande perda recentemente?

» Pergunte se a pessoa sofreu uma **grande perda**.

Considere as seguintes perguntas

- ♦ Como o desastre/conflito afetou você?
- ♦ Você perdeu parentes ou amigos? Casa? Dinheiro? Trabalho ou sustento? Comunidade?
- ♦ Como essa perda afetou você?
- ♦ Há parentes ou amigos desaparecidos?

» Pergunte **quanto tempo** se passou desde o(s) evento(s).

- » Passe à pergunta de avaliação 2 caso tenha ocorrido uma grande perda nos **6 últimos meses**.
- » Caso tenha havido uma grande perda há mais de 6 meses ou um evento potencialmente traumático há mais de 1 mês, considere a possibilidade de outras condições abordadas neste guia (>> **DEP, TEPT, PSI, SUB**) ou transtorno de luto prolongado.

Pergunta de avaliação 2: Caso tenha havido uma grande perda nos últimos 6 meses,⁴ a pessoa tem sintomas significativos de luto?

» Avalie se há:

- ♦ tristeza, ansiedade, raiva, desespero;
- ♦ ansiedade e preocupação com a perda;
- ♦ lembranças intrusivas*, imagens e recordações do falecido;
- ♦ perda de apetite;
- ♦ perda de energia;
- ♦ problemas do sono;
- ♦ problemas de concentração;
- ♦ isolamento social e retraimento;
- ♦ queixas físicas clinicamente inexplicáveis (p. ex., palpitação, cefaleia, dores generalizadas);
- ♦ reações de luto culturalmente específicas (p. ex., ouvir a voz da pessoa falecida, ser visitado em sonhos pelo falecido).

» É provável que haja **sintomas significativos de luto** se a pessoa satisfizer **todos** estes critérios:

- ♦ uma ou mais perdas no decorrer dos últimos 6 meses aproximadamente;
- ♦ início de qualquer dos sintomas anteriores após a perda;
- ♦ considerável dificuldade de funcionamento diário (além do esperado culturalmente) ou busca de ajuda por causa dos sintomas.

Pergunta de avaliação 3: Há alguma condição concomitante?

» Avalie se há alguma **condição física** que possa explicar os sintomas e, se encontrar, proceda ao manejo apropriado.

» Avalie se há alguma outra **condição mental, neurológica e por uso de substância (MNS) (incluindo depressão)** abordada neste guia que possa explicar os sintomas e, se encontrar, proceda ao manejo apropriado.

⁴ Esse período pode ultrapassar os 6 meses nas culturas em que a duração esperada do luto/pesar é superior a 6 meses.

Plano básico de manejo



NÃO prescreva medicamentos para controlar sintomas de luto.

1. Preste apoio psicossocial básico⁵

- » **Escute** com atenção. NÃO pressione a pessoa para falar.
- » **Pergunte** sobre suas necessidades e preocupações.
- » **Ajude** a pessoa a satisfazer as necessidades básicas, obter acesso aos serviços e se conectar com a família e outros apoios sociais.
- » **Proteja** a pessoa contra (outros) danos.

2. Ofereça apoio psicossocial adicional conforme descrição nos *Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social* (>> *Princípios gerais de atenção*)

- » Aborde os estressores **psicossociais** atuais.
- » Fortaleça o apoio social.
- » Ensine a controlar o estresse.

3. Informe a pessoa sobre as reações comuns às perdas, como:

- » *As pessoas podem reagir de diferentes maneiras após uma grande perda. Algumas demonstram emoções fortes, enquanto outras não.*
- » *Chorar não significa fraqueza.*
- » *As pessoas que não choram podem sentir uma dor emocional igualmente profunda, mas têm outras maneiras de expressá-la.*
- » *Você pode acreditar que a tristeza e a dor que sente nunca terão fim, mas, na maioria dos casos, esses sentimentos diminuem com o passar do tempo.*
- » *Às vezes, a pessoa se sente bem por algum tempo, mas algo a faz recordar a perda e ela se sente tão mal quanto no início. Isso é normal e a intensidade e frequência dessas experiências diminuem com o tempo.*
- » *Não há maneira certa ou errada de viver o luto. Às vezes, a pessoa se sente muito triste em alguns momentos, mas consegue se divertir em outros. Não critique a si mesmo pela maneira como se sente no momento.*

4. Institua o manejo das condições concomitantes.

5. Discuta e apoie processos de adaptação/luto* *culturalmente apropriados*

- » Pergunte se foram realizadas ou planejadas cerimônias ou rituais de luto apropriados. Se não for o caso, converse sobre os obstáculos e como eliminá-los.
- » Descubra o que aconteceu ao corpo. Se o corpo estiver desaparecido, ajude a localizar ou identificar os restos.
- » Se não for possível encontrar o corpo, converse sobre outras maneiras de preservar as lembranças, como memoriais.

6. Se for viável e culturalmente apropriado, incentive o retorno em breve às atividades normais anteriores (p. ex., na escola ou no trabalho, em casa ou socialmente).

7. Para o manejo específico de problemas do sono, enurese noturna, hiperventilação e sintomas dissociativos após perda recente, consulte as seções correspondentes no módulo sobre estresse agudo (>> *AGU*).

⁵ A conduta descrita aqui costuma ser denominada Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) quando aplicada às consequências imediatas de um evento extremamente estressante (>> OMS, WTF e WVI, 2013).

8. No caso de crianças pequenas:

- » Responda às perguntas da criança com explicações claras e honestas apropriadas a seu nível de desenvolvimento. Não minta quando questionado sobre uma perda (p. ex., *Onde está minha mãe?*), pois isso causará confusão e pode abalar a confiança no profissional de saúde.
- » Avalie e corrija o “pensamento mágico” comum das crianças pequenas (por exemplo, crianças podem acreditar que são responsáveis pela perda; que o ente querido morreu porque elas foram desobedientes ou porque estava aborrecido com elas).

9. No caso de crianças, adolescentes e outras pessoas vulneráveis que perderam os pais ou outros cuidadores, aborde a necessidade de proteção e assegure cuidados de apoio sistemáticos, inclusive apoio socioemocional.

- » Caso necessário, conecte a pessoa a organismos/redes de proteção de confiança.

10. Caso haja suspeita de transtorno de luto prolongado, consulte um especialista para continuação da avaliação e do manejo.

- » A pessoa pode ter transtorno de luto prolongado se os sintomas incluírem grande preocupação com a pessoa falecida ou forte saudade dela, associada a intensa dor emocional e considerável dificuldade no funcionamento diário durante pelo menos 6 meses.⁶

11. Peça que a pessoa retorne em 2-4 semanas se não houver melhora dos sintomas ou a qualquer momento se os sintomas piorarem.

⁶ Esse período pode ultrapassar os 6 meses nas culturas em que a duração esperada do luto/pesar é superior a 6 meses.

Transtorno Depressivo Moderado a Grave

DEP

O transtorno depressivo moderado a grave pode ocorrer em adultos, adolescentes e crianças não expostos a nenhum estressor específico. Em qualquer comunidade haverá pessoas com transtorno depressivo moderado a grave. Entretanto, as perdas e o estresse significativos vividos durante emergências humanitárias podem acarretar luto, temor, culpa, vergonha e desesperança, com aumento do risco de transtorno depressivo moderado a grave. Todavia, essas emoções também podem ser reações normais à adversidade recente.

O manejo do transtorno depressivo moderado a grave só deve ser considerado se a pessoa apresentar sintomas persistentes durante várias semanas e, por conseguinte, tiver dificuldades consideráveis na realização das atividades diárias.

Queixas iniciais típicas do transtorno depressivo moderado a grave:

Baixa energia, fadiga, problemas do sono

Múltiplos sintomas físicos persistentes sem causa clara (p. ex., dores)

Tristeza ou depressão do humor persistente, ansiedade

Pouco interesse ou prazer nas atividades

Avaliação

Pergunta de avaliação 1: A pessoa tem transtorno depressivo moderado a grave?

» Avalie os seguintes elementos:⁷

A. A pessoa teve pelo menos um destes principais sintomas de transtorno depressivo durante pelo menos 2 semanas:

- ♦ **Depressão persistente do humor**
 - ▶ No caso de crianças e adolescentes: irritabilidade ou depressão do humor
- ♦ **Diminuição acentuada do interesse ou do prazer nas atividades**, inclusive naquelas anteriormente consideradas agradáveis
 - ▶ Esta última pode incluir redução do desejo sexual.

B. A pessoa teve pelo menos alguns destes outros sintomas de transtorno depressivo em grau acentuado (ou muitos dos sintomas enumerados em menor grau) durante pelo menos 2 semanas:

- ♦ **Perturbação do sono ou dormir demais**
- ♦ **Alteração significativa do apetite ou peso** (diminuição ou aumento)
- ♦ Crenças de **inutilidade** ou **culpa** excessiva
- ♦ **Fadiga** ou perda de energia
- ♦ **Diminuição da capacidade de se concentrar** e manter a atenção nas tarefas

- ♦ **Indecisão**
- ♦ **Agitação** ou inquietação física observável
- ♦ **Maior lentidão** que o normal ao falar ou se movimentar
- ♦ **Desesperança** com relação ao futuro
- ♦ Pensamentos ou atos **suicidas**.

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

- » Se A, B e C – todos os 3 – estiverem presentes há pelo menos 2 semanas, é provável o diagnóstico de transtorno depressivo moderado a grave.
 - ♦ Pode haver delírios* ou alucinações*. Avalie. Se presentes, é preciso adaptar o tratamento para as necessidades do transtorno depressivo. Consulte um especialista.
- » Se os sintomas da pessoa não satisfizerem os critérios para transtorno depressivo moderado a grave, consulte no módulo >> **OUT** a avaliação e o manejo da queixa inicial.

Pergunta de avaliação 2: Há outras explicações possíveis para os sintomas (além do transtorno depressivo moderado a grave)?

» Descarte condições físicas concomitantes semelhantes ao transtorno depressivo.

- ♦ Descarte e institua o manejo de anemia, desnutrição, hipotireoidismo*, acidente vascular cerebral e efeitos colaterais de medicamentos (p. ex., mudanças de humor causadas por esteroides*).

» Descarte uma história de episódio(s) de mania.

- ♦ Avalie se houve a ocorrência **simultânea** de vários destes sintomas em algum período no passado:
 - ▶ necessidade reduzida de sono;
 - ▶ humor elevado, expansivo ou irritável;
 - ▶ pensamentos acelerados, facilmente distraído;
 - ▶ aumento da atividade, sentimento de aumento da energia ou fala rápida;
 - ▶ comportamentos impulsivos ou imprudentes, como jogo ou gastos excessivos, tomada de decisões importantes sem planejamento adequado;
 - ▶ elevação exagerada da autoestima.
- ♦ Avalie em que medida os sintomas prejudicaram seu funcionamento ou representaram perigo para a pessoa ou para outros. Por exemplo:
 - ▶ *Sua atividade excessiva causou algum problema para você ou sua família? Alguém tentou hospitalizar ou confinar você durante esse período por causa de seu comportamento?*
- ♦ Há história de episódio(s) de mania se atendidos estes dois critérios:
 - ▶ Vários dos 6 sintomas supracitados estiveram presentes por mais de 1 semana.
 - ▶ Os sintomas causaram dificuldades significativas de funcionamento diário ou representaram perigo para a pessoa ou para outros.

- ♦ Se já houve algum episódio de mania, é provável que a depressão seja parte de outro transtorno denominado **transtorno bipolar***, com necessidade de outro manejo (>> **Quadro DEP 2** ao final deste módulo)

» Descarte as reações normais a perdas importantes (p. ex., luto, deslocamento) (>> LUT).

- ♦ É mais provável que seja uma reação normal a perdas importantes se:
 - ▶ Houver **melhora acentuada com o tempo sem intervenção clínica**;
 - ▶ **Não houver nenhum destes sintomas**:
 - crenças de inutilidade,
 - ideação suicida,
 - fala ou movimentação mais lenta que o normal,
 - sintomas psicóticos (delírios ou alucinações).
 - ▶ Não houver **histórico de transtorno depressivo ou episódio de mania**; e
 - ▶ **Os sintomas não causarem dificuldade considerável no funcionamento diário**.
 - Exceção: o prejuízo do funcionamento pode ser parte de uma resposta normal após o luto quando está dentro dos padrões culturais.
- » **Descarte o transtorno de luto prolongado**: os sintomas incluem grande preocupação com a pessoa falecida ou forte saudade dela, associada a intensa dor emocional e considerável dificuldade no funcionamento diário durante pelo menos 6 meses (e por um período muito maior que o esperado na cultura da pessoa). Consulte um especialista se suspeitar desse transtorno.

Pergunta de avaliação 3: Há alguma condição mental, neurológica e por uso de substância (MNS) concomitante que demande manejo?

» Avalie se há pensamentos ou planos de autolesão ou suicídio (>> **SUI**).

» Avalie se há uso prejudicial de álcool ou drogas (>> **SUB**).

- » Caso se encontre uma condição MNS concomitante, institua o manejo da condição e do transtorno depressivo moderado a grave ao mesmo tempo.

⁷ Essa descrição do episódio depressivo moderado a grave é compatível com versão preliminar da CID 11.

Plano básico de manejo

Intervenções psicossociais

1. Ofereça psicoeducação

- » Principais mensagens para a pessoa e os cuidadores:
 - ♦ A depressão é uma condição muito comum que pode acometer qualquer pessoa.
 - ♦ A ocorrência de depressão não significa que a pessoa seja fraca ou preguiçosa.
 - ♦ As atitudes negativas de outras pessoas (p. ex., “você deve ser mais forte”, “reaja”) podem estar relacionadas ao fato de que a depressão não é uma condição visível (ao contrário de uma fratura ou uma ferida) e à concepção errônea de que as pessoas com depressão podem controlar facilmente seus sintomas pela simples força de vontade.
 - ♦ As pessoas com depressão tendem a ter opiniões infundadamente negativas sobre si mesmas, a vida e o futuro. A situação atual pode ser muito difícil, mas a depressão causa pensamentos injustificados de desesperança e inutilidade. Essas ideias tendem a melhorar com a melhora da depressão.
- ♦ Ainda que seja difícil, a pessoa deve tentar adotar o maior número possível das medidas a seguir, pois todas ajudam a melhorar o humor:
 - ▶ Procurar retomar (ou continuar) atividades que antes eram prazerosas.
 - ▶ Procurar manter horários regulares para dormir e acordar.
 - ▶ Procurar manter a atividade física tanto quanto possível.
 - ▶ Procurar comer com regularidade apesar da variação do apetite.
 - ▶ Procurar passar tempo com amigos de confiança e com a família.
 - ▶ Procurar participar de atividades comunitárias e outras atividades sociais o mais possível.
- ♦ A pessoa deve tomar consciência dos pensamentos de autolesão ou suicídio. Se ela notar esses pensamentos, não deve tomar nenhuma atitude, mas contar a uma pessoa de confiança e retornar imediatamente para obter ajuda.

2. Ofereça apoio psicossocial adicional conforme descrição nos *Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social* (>> *Princípios gerais de atenção*)

- » Aborde os estressores psicossociais atuais.
- » Ensine a controlar o estresse.
- » Fortaleça o apoio social.
 - ♦ Procure reativar as redes sociais anteriores da pessoa. Identifique atividades sociais prévias que, se reiniciadas, poderiam proporcionar apoio psicossocial direto ou indireto (p. ex., reuniões de família, visitas de vizinhos, atividades comunitárias).

3. Caso haja terapeutas capacitados e supervisionados, considere a possibilidade de incentivar pessoas com depressão moderada a grave a usar um dos seguintes tratamentos psicológicos breves sempre que estiverem disponíveis:

- » aconselhamento para a solução de problemas*;
- » terapia cognitivo-comportamental (TCC)*;
- » terapia interpessoal (TIP)*;
- » ativação comportamental*.

Há evidências crescentes de que trabalhadores leigos e agentes comunitários capacitados e supervisionados podem oferecer tratamentos psicológicos breves para depressão.



Intervenções farmacológicas

1. Considere o uso de antidepressivos

» Crianças com menos de 12 anos:

- ♦ Não prescreva antidepressivos.

» Adolescentes de 12–18 anos:

- ♦ Não considere o uso de antidepressivos como tratamento de primeira linha. Antes, ofereça intervenções psicossociais.

» Adultos:

- ♦ Se a pessoa tiver uma **condição física concomitante** que possa se assemelhar ao transtorno depressivo (>> **Pergunta de avaliação 2**), sempre institua primeiro o manejo dessa condição. Considere a prescrição de antidepressivos se o transtorno depressivo não melhorar após o manejo das condições físicas concomitantes.
- ♦ Se suspeitar que os sintomas são **reações normais** a uma grande perda (>> **Pergunta de avaliação 2**), não prescreva antidepressivos.

- ♦ Converse com a pessoa e decidam juntos sobre a prescrição de antidepressivos. Explique:
 - ▶ Os antidepressivos não causam adição.
 - ▶ É muito importante tomar os medicamentos diariamente, conforme a prescrição.
 - ▶ Pode haver alguns efeitos colaterais (>> **Tabela DEP 1**) nos primeiros dias, mas estes costumam desaparecer.
 - ▶ Em geral, são necessárias várias semanas até que se note melhora do humor, interesse ou energia.
- ♦ Em geral, os medicamentos antidepressivos devem ser mantidos durante pelo menos 9–12 meses depois que a pessoa passa a se sentir bem.
- ♦ Os medicamentos não devem ser interrompidos somente porque houve alguma melhora (não são como analgésicos para alívio de cefaleia). Oriente a pessoa sobre a duração recomendada do tratamento.

2. Caso a decisão seja prescrever antidepressivos, escolha corretamente (>> Tabela DEP 1)

» Escolha o antidepressivo com base na idade, condições clínicas concomitantes e perfil de efeitos colaterais (>> **Tabela DEP 1**).

» Adolescentes a partir de 12 anos:

- ♦ Considere a prescrição de **fluoxetina** [mas de nenhum outro inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) ou antidepressivo tricíclico (ATC)] somente se os sintomas persistirem ou se agravarem apesar de intervenções psicossociais.

» Gestatantes ou lactantes:

- ♦ Evite os antidepressivos, se possível. Considere o uso de antidepressivos, na menor dose efetiva, se não houver resposta às intervenções psicossociais. Se a mulher estiver amamentando, evite a fluoxetina. Consulte um especialista, se disponível.

» Idosos:

- ♦ Evite a amitriptilina, se possível.

» Pessoas com doença cardiovascular:

- ♦ Não prescreva amitriptilina.

» Adultos com pensamentos ou planos de suicídio:

- ♦ A **fluoxetina** é a primeira escolha. Se houver risco iminente de autolesão ou suicídio (>> **SUI**), forneça uma quantidade limitada de antidepressivos (p. ex., provisão para uma semana de cada vez). Peça aos cuidadores que guardem e monitorem os medicamentos e que mantenham acompanhamento frequente para evitar a superdosagem.

Tabela DEP 1: Antidepressivos

	Amitriptilina ^a (um ATC ^b)	Fluoxetina (um ISRS ^c)
Dose inicial para adultos	25–50 mg ao deitar	10 mg uma vez ao dia. Aumente para 20 mg após 1 semana
Dose inicial para adolescentes	Não aplicável (não prescreva ATCs para adolescentes)	10 mg uma vez ao dia
Dose inicial para idosos e pessoas com doença médica	25 mg ao deitar	10 mg uma vez ao dia
Aumento de dose para adultos	Aumente 25–50 mg por semana	Se não houver resposta em 6 semanas, aumente para 40 mg uma vez ao dia
Dose efetiva típica em adultos	100–150 mg (dose máxima de 300 mg) ^d	20–40 mg (dose máxima de 80 mg)
Dose efetiva típica em adolescentes, idosos e pessoas com doença médica	50–75 mg (dose máxima de 100 mg) Não prescreva para adolescentes	20 mg (dose máxima de 40 mg)
Efeitos colaterais graves e raros	Arritmia cardíaca	Acatisia prolongada* Anormalidades hemorrágicas em usuários de ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios não esteroides* Ideias de autolesão (principalmente em adolescentes e jovens adultos)
Efeitos colaterais comuns	Hipotensão ortostática (risco de queda), boca seca, constipação intestinal, dificuldade de micção, vertigem, visão borrada e sedação	Cefaleia, inquietação, nervosismo, distúrbios gastrintestinais, disfunção sexual reversível
Advertência	Interromper imediatamente se a pessoa apresentar um episódio maníaco	Interromper imediatamente se a pessoa apresentar um episódio maníaco

^a Disponível no Kit médico de emergência interagências (OMS, 2011).

^b ATC: antidepressivo tricíclico.

^c ISRS: inibidor seletivo de recaptação da serotonina.

^d Dose efetiva mínima em adultos: 75 mg (pode haver sedação com doses menores).

3. Seguimento

- » Ofereça **seguimento periódico**.
 - ♦ Programe e realize sessões periódicas de acompanhamento conforme descrição nos *Princípios de manejo* (>> *Princípios gerais de atenção*).
 - ♦ Marque a segunda consulta dentro de 1 semana e as consultas subsequentes de acordo com a evolução do transtorno.
- » Monitore a resposta aos antidepressivos.
 - ♦ Podem ser necessárias algumas semanas para se notar o efeito dos antidepressivos. Monitore a resposta com atenção antes de aumentar a dose.
 - ♦ Se surgirem sintomas de **episódio maníaco** (>> *Pergunta de avaliação 2*), **interrompa o medicamento** de imediato e inicie o manejo do episódio maníaco conforme o módulo >> *PSI*.
 - ♦ Considere a possibilidade de retirada gradativa do medicamento 9–12 meses após a resolução de sintomas. Reduza a dose gradualmente ao longo de um período mínimo de 4 semanas.

Quadro DEP 2: Manejo clínico de episódio depressivo atual em pessoa com transtorno bipolar



Em pessoas com transtorno bipolar, nunca prescreva somente antidepressivos sem um estabilizador do humor, pois os antidepressivos podem causar um episódio maníaco.

Se a pessoa tiver história de episódio maníaco:

- » Consulte um especialista.
- » Se não houver um especialista disponível de imediato, prescreva um antidepressivo associado a um estabilizador do humor como **carbamazepina** ou **valproato** (>> *Tabela DEP 2*).
 - ♦ **Inicie o medicamento em dose baixa. Aumente lentamente ao longo das semanas subsequentes.**
 - Se possível, evite a prescrição de carbamazepina e valproato para mulheres grávidas ou que estejam planejando engravidar, em razão da possibilidade de danos fetais. A decisão de prescrever estabilizadores do humor para uma gestante deve ser tomada em conjunto com a mulher. Devem-se levar em conta a intensidade e a frequência dos episódios maníacos e depressivos.
 - ♦ Consulte um especialista sobre o tratamento contínuo do transtorno bipolar.
- » Oriente a pessoa e os cuidadores para que interrompam o antidepressivo de imediato e retornem caso surjam sintomas de episódio maníaco.

Tabela DEP 2: Estabilizadores do humor no transtorno bipolar

	Carbamazepina	Valproato
Dose inicial	200 mg/dia	400 mg/dia
Dose efetiva típica	400–600 mg/dia (dose máx. de 1.400 mg/dia)	1.000–2.000 mg/dia (dose máx. de 2.500 mg/dia)
Posologia	Duas vezes ao dia, via oral	Duas vezes ao dia, via oral
Efeitos colaterais raros, mas graves	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Erupção cutânea grave (síndrome de Stevens-Johnson*, necrólise epidérmica tóxica*) ♦ Depressão da medula óssea* 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sonolência ♦ Confusão
Efeitos colaterais comuns	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sonolência ♦ Dificuldade para caminhar ♦ Náuseas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Letargia ♦ Sedação ♦ Tremor ♦ Náuseas, diarreia ♦ Aumento de peso ♦ Queda de cabelo transitória (normalmente volta a crescer em 6 meses) ♦ Comprometimento da função hepática

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TEPT

Conforme mencionado no módulo sobre estresse agudo (AGU), é comum que adultos, adolescentes e crianças apresentem uma grande variedade de reações ou sintomas psicológicos depois de vivenciarem um estresse extremo durante emergências humanitárias. Na maioria das pessoas, esses sintomas são transitórios.

Quando um conjunto específico e característico de sintomas (revivência, evitação e sensação intensa de ameaça atual) persistir por mais de um mês depois de um evento potencialmente traumático*, é possível que a pessoa tenha desenvolvido transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Apesar do nome, o TEPT não é necessariamente a única ou a principal condição que ocorre após a exposição a eventos potencialmente traumáticos. Esses eventos também podem desencadear muitas das outras condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias (MNS) descritas neste guia.

Queixas iniciais típicas do TEPT

Pode ser difícil distinguir pessoas com TEPT daquelas com outros problemas, pois os sintomas iniciais podem ser inespecíficos, como:

- » problemas do sono (p. ex., falta de sono);
- » irritabilidade, ansiedade persistente ou humor deprimido;
- » múltiplos sintomas físicos persistentes sem causa física definida (p. ex., cefaleia, palpitação).

Entretanto, o questionamento complementar pode apontar sintomas característicos de TEPT.

Pergunta de avaliação 1: A pessoa passou por um evento potencialmente traumático há mais de 1 mês?

- » Pergunte se a pessoa passou por um evento **potencialmente traumático**. Considere-se evento potencialmente traumático todo evento ameaçador ou aterrorizante, como sofrer violência física ou sexual (incluindo a violência doméstica), ser testemunha de atrocidades, a destruição da moradia da pessoa ou sofrer grandes acidentes ou lesões. Considere as seguintes perguntas:
 - ♦ *Como você foi afetado pelo desastre/conflito? Correu risco de vida? Em casa ou na comunidade, passou por alguma situação aterrorizante, que provocou muito medo ou fez você se sentir muito mal?*
- » Se a pessoa tiver passado por um evento potencialmente traumático, pergunte quando ocorreu.

Pergunta de avaliação 2: Caso tenha ocorrido um evento potencialmente traumático há mais de 1 mês, a pessoa tem TEPT?⁸

- » Avalie se há:
 - ♦ **Sintomas de revivência**. São recordações repetidas e indesejadas do evento, como se estivesse ocorrendo no presente (p. ex., pesadelos, flashbacks* ou lembranças intrusivas* acompanhadas de intenso medo ou terror).
 - As crianças podem reproduzir ou desenhar os eventos repetidas vezes. Crianças mais novas podem ter pesadelos sem um conteúdo claro.
 - ♦ **Sintomas de evitação**. Abrangem a evitação deliberada de pensamentos, recordações, atividades ou situações que façam a pessoa se lembrar do evento (p. ex., evitar falar de questões que recordem o evento ou evitar voltar aos lugares do acontecimento).
 - ♦ Sintomas relacionados com uma **sensação intensa de ameaça atual** (com frequência denominados "sintomas de hiperexcitação"). Estes incluem preocupação e vigilância excessiva com relação a perigos ou reação intensa a ruídos fortes ou movimentos inesperados (p. ex., "nervoso" ou apreensão).
 - ♦ Considerável **dificuldade de funcionamento diário**.
- » Se todas as características citadas estiverem presentes aproximadamente 1 mês após o evento, é provável que haja TEPT.

Pergunta de avaliação 3: Há uma condição concomitante?

- » Avalie e institua o manejo de eventuais **condições físicas concomitantes** que possam explicar os sintomas.
- » Avalie e institua o manejo de **todas as outras condições MNS** abordadas neste guia.

⁸ A descrição de TEPT é compatível com a proposta para TEPT da atual versão preliminar da CID-11, com uma diferença: a proposta da CID-11 permite a classificação de TEPT em 1 mês (p. ex., algumas semanas) após o evento. A proposta da CID-11 não inclui sintomas inespecíficos de TEPT como torpor e agitação.

Plano básico de manejo

1. Informe sobre o TEPT

» Explique que:

- ♦ Com o tempo, muitas pessoas se recuperam do TEPT sem tratamento, enquanto outras necessitam de tratamento.
- ♦ As pessoas com TEPT apresentam recordações repetidas e indesejadas do evento traumático. Quando isso acontece, podem sentir emoções como medo e terror semelhantes aos que sentiram durante o evento. Elas também podem ter pesadelos.
- ♦ Com frequência, as pessoas com TEPT acreditam que ainda estão em perigo e podem se sentir muito tensas. Elas se assustam com facilidade (são “nervosas”) ou estão sempre atentas ao perigo.
- ♦ As pessoas com TEPT tentam evitar qualquer lembrança do evento, o que pode causar problemas para a própria vida.
- ♦ (Se for o caso), às vezes as pessoas com TEPT têm outros problemas físicos e mentais, como dores no corpo, baixa energia, fadiga, irritabilidade e humor deprimido.

» Oriente a pessoa a:

- ♦ **Manter a rotina diária normal** o máximo possível.
- ♦ **Conversar com pessoas de confiança** sobre o que aconteceu e como se sentem, mas somente quando estiverem prontas para isso.
- ♦ **Praticar atividades relaxantes** para reduzir a ansiedade e a tensão.
- ♦ **Evitar o uso de álcool ou drogas** para lidar com os sintomas do TEPT

2. Ofereça apoio psicológico conforme a descrição nos Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social (>> Princípios gerais de atenção)

» Aborde os estressores psicossociais atuais.

- ♦ Quando a pessoa for vítima de violação grave dos direitos humanos, converse com ela sobre a possibilidade de encaminhamento a um organismo de proteção ou de direitos humanos confiável.

» Fortaleça o apoio social.

» Ensine a controlar o estresse.

3. Caso haja terapeutas capacitados e supervisionados, considere o encaminhamento para:

» Terapia cognitivo-comportamental com foco em trauma*.

» Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares* (EMDR, na sigla em inglês).

4. Em adultos, considere o uso de antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação da serotonina ou antidepressivos tricíclicos) quando a terapia cognitivo-comportamental, a EMDR ou o manejo do estresse não tiverem efeito ou não estiverem disponíveis

» Consulte orientações mais detalhadas sobre a prescrição de antidepressivos no módulo sobre depressão moderada a grave (>> **DEP**).

» **NÃO** ofereça antidepressivos a crianças e adolescentes para manejo do TEPT.

5. Seguimento

» Programe e realize sessões periódicas de acompanhamento conforme descrição nos Princípios de manejo (>> **Princípios gerais de atenção**).

» Marque a segunda consulta em 2–4 semanas e as consultas subsequentes de acordo com a evolução do transtorno.

Os adultos e adolescentes com psicose podem vivenciar ou ter convicção de coisas que *não são reais*. Em geral, suas crenças e experiências são consideradas anormais pela comunidade. Com frequência, essas pessoas desconhecem que têm uma condição de saúde mental e são incapazes de funcionar normalmente em muitas áreas da vida.

Durante emergências humanitárias, podem ocorrer estresse e medo extremo, colapso de apoios sociais e interrupção de serviços de saúde e suprimento de medicamentos. Essas mudanças podem acarretar psicose aguda ou exacerbar sintomas existentes de psicose. Durante situações de emergência, as pessoas com psicose são extremamente vulneráveis a diversas violações dos direitos humanos, como negligência, abandono, privação de moradia, maus-tratos e estigma social.

Queixas iniciais típicas de psicose

Comportamento anormal (p. ex., aparência estranha, negligência consigo mesmo, fala incoerente, perambulação sem rumo, murmurar ou rir sozinho)

Crenças estranhas

Ouvir vozes ou ver coisas que não estão presentes

Suspeita extrema

Falta de vontade de estar ou conversar com outras pessoas; falta de motivação para as tarefas diárias e o trabalho.

Pergunta de avaliação 1: A pessoa tem psicose?

- » Observe que embora as pessoas com psicose possam ter pensamentos, crenças ou discurso anormais, nem tudo o que dizem é errado ou imaginário. A escuta cuidadosa é fundamental para a avaliação da psicose. Pode ser necessária mais de uma consulta para fazer uma avaliação completa. Com frequência, os cuidadores são uma fonte útil de informações.
- » Avalie se há:
 - ♦ **Delírios*** (crenças falsas ou suspeitas fixas das quais a pessoa tem firme convicção mesmo quando há evidências contrárias).
 - Dica: explore melhor, perguntando o que a pessoa quer dizer, e escute com atenção.
 - ♦ **Alucinações*** (ouvir, ver ou sentir coisas que não estão ali).
 - *Você ouve ou vê coisas que os outros não conseguem ouvir ou ver?*
 - ♦ **Pensamentos desorganizados** que transitam entre assuntos sem conexão lógica; fala difícil de acompanhar.
 - ♦ Experiências incomuns, como acreditar que **outras pessoas introduzem pensamentos** em sua mente, **retiram pensamentos** de sua mente ou que seus **pensamentos estão sendo transmitidos a outros**.
 - ♦ **Comportamento anormal**, como atividade estranha, excêntrica, sem objetivo e agitada, adoção de postura corporal anormal ou imobilidade.
 - ♦ **Sintomas crônicos que acarretam perda do funcionamento normal**, entre os quais:
 - falta de energia ou motivação para as tarefas diárias e o trabalho;
 - apatia e retraimento social;
 - cuidados pessoais inadequados ou negligência;
 - falta de experiência emocional e expressividade.
- » O diagnóstico de **psicose** é provável se houver múltiplos sintomas. Sempre avalie se há **risco iminente de suicídio (>> *SUI*)** e de causar **danos a outros e sofrer danos causados por outros**.

Pergunta de avaliação 2: Há alguma causa física aguda dos sintomas psicóticos que possa ser controlada?

- » Descarte o **delirium*** por causas físicas agudas, como traumatismo cranioencefálico, infecções (p. ex., malária cerebral, seps* ou uroseps*), desidratação e anormalidades metabólicas (p. ex., hipoglicemia*, hiponatremia*).
- » Descarte **efeitos colaterais de medicamentos** (p. ex., de alguns antimaláricos).
- » Descarte **intoxicação por álcool ou drogas/síndrome de abstinência (>> *SUB*)**.
 - ♦ Pergunte sobre o uso de álcool, sedativo ou outras drogas.
 - ♦ Verifique se o paciente tem odor de álcool.

Pergunta de avaliação 3: É um episódio maníaco?

- » Descarte a mania. Avalie se há:
 - ♦ redução da necessidade de sono;
 - ♦ humor eufórico, expansivo ou irritável;
 - ♦ pensamentos acelerados; distraído com facilidade;
 - ♦ aumento da atividade, sensação de aumento da energia ou fala rápida;
 - ♦ comportamentos impulsivos ou imprudentes, como jogo ou gastos excessivos, tomada de decisões importantes sem planejamento adequado;
 - ♦ elevação exagerada da autoestima.
- » O **episódio maníaco** é provável na presença de vários desses sintomas por mais de 1 semana, e ou os sintomas causam considerável dificuldade de funcionamento diário ou não é possível o manejo seguro em casa.



A. Intervenções farmacológicas

1. Psicose sem causas físicas agudas

» Inicie um medicamento antipsicótico oral. Considere o tratamento intramuscular (IM) somente nos casos em que o tratamento oral não for viável. Verifique se, no passado, a pessoa usou algum medicamento antipsicótico que ajudou controlar os sintomas. Em caso afirmativo, reinicie o medicamento na mesma dose. Se não estiver disponível, inicie um novo medicamento. A participação de um cuidador ou profissional de saúde que guarde e entregue o medicamento será essencial no início do tratamento para garantir o cumprimento seguro.

- ♦ Prescreva somente **um antipsicótico** de cada vez (p. ex., haloperidol >> **Tabela PSI 1**).
- ♦ **Inicie com uma dose baixa e aumente lentamente:** comece com a dose terapêutica mínima e aumente gradativamente para obter o efeito desejado com a **dose efetiva mínima**.
- ♦ Experimente o medicamento durante um período suficiente em dose efetiva típica antes de considerá-lo inefetivo (ou seja, durante no mínimo 4-6 semanas) (>> **Tabela PSI 1**).
 - Use a dose oral efetiva mínima em gestantes e em mulheres que estejam planejando **engravidar** ou estejam **amamentando**.
- ♦ Se não for possível obter o controle satisfatório da agitação somente com o antipsicótico, administre uma dose de **benzodiazepínico** (p. ex., **diazepam**, dose máxima de 5 mg por via oral) e consulte imediatamente um especialista.

- ♦ Institua o manejo dos **efeitos colaterais**
 - Em caso de efeitos colaterais extrapiramidais agudos significativos* como o parkinsonismo (combinação de tremor*, rigidez muscular e movimentos corporais reduzidos) ou acatisia* (incapacidade de permanecer sentado):
 - Reduza a dose do medicamento antipsicótico.
 - Se os **efeitos colaterais extrapiramidais** persistirem apesar da redução da dose, considere o uso de **anticolinérgicos** durante um curto período (p. ex., **biperideno** durante 4-8 semanas (>> **Tabela PSI 2**).
 - Em caso de **distonia** aguda (espasmo muscular agudo, geralmente do pescoço, da língua e da mandíbula):
 - Suspenda temporariamente o medicamento antipsicótico e administre **anticolinérgicos** (p. ex., biperideno >> **Tabela PSI 2**). Caso não estejam disponíveis, pode-se administrar diazepam para induzir relaxamento muscular.
- ♦ Se possível, consulte um especialista acerca da duração do tratamento e o momento para interromper os medicamentos antipsicóticos.
 - Em geral, mantenha o antipsicótico durante pelo menos 12 meses após a resolução dos sintomas.
 - Diminua a dose gradativamente ao retirar o medicamento ao longo de vários meses.
 - Nunca interrompa o medicamento bruscamente.

2. Sintomas psicóticos de causas físicas agudas (p. ex., abstinência de álcool ou delirium)

» Institua o manejo da causa aguda.

- ♦ Consulte o manejo da **abstinência de álcool** no **Quadro 1** do módulo **SUB**.

- ♦ Caso haja outras causas físicas agudas **diferentes da abstinência de álcool**, prescreva um medicamento **antipsicótico** oral conforme a necessidade (p. ex., **haloperidol**, inicialmente 0,5 mg por dose até 2,5-5 mg 3 vezes ao dia). **Só** prescreva um antipsicótico quando houver necessidade de controle de agitação, sintomas psicóticos ou agressão. Interrompa o medicamento assim que os sintomas cessarem. Considere o tratamento intramuscular somente nos casos em que o tratamento oral não for viável.

3. Episódio maníaco

- » Inicie um **antipsicótico oral** (>> nº 1 em **Intervenções farmacológicas**).
- » Em caso de **agitação extrema** apesar do tratamento com antipsicótico, considere o acréscimo de uma dose de **benzodiazepínico** (p. ex., **diazepam**, dose máxima de 5 mg por via oral) e consulte um especialista imediatamente.

- » Um **episódio maníaco** faz parte do **transtorno bipolar***. Uma vez controlada a mania aguda, a pessoa necessita de avaliação e tratamento do transtorno bipolar com um **estabilizador do humor** como o **valproato** ou a **carbamazepina**. Consulte um especialista para proceder ao manejo ou siga as instruções sobre **transtorno bipolar** no **MI-mhGAP — Manual de Intervenções** completo.

Tabela PSI 1: Medicamentos antipsicóticos

Medicamento	Haloperidol ^a	Clorpromazina	Risperidona
Dose inicial	2,5 mg diariamente	50-75 mg diariamente	2 mg diariamente
Dose efetiva típica	4-10 mg/dia (dose máx. de 20 mg)	75-300 mg/dia ^b (dose máx. de 1.000 mg)	4-6 mg/dia (dose máx. de 10 mg)
Via	Oral/intramuscular	Oral	Oral
Efeitos colaterais significativos:			
Efeitos colaterais extrapiramidais*	+++	+	+
Sedação (principalmente em idosos)	+	+++	+
Hesitação urinária		++	
Hipotensão ortostática*	+	+++	+
Síndrome neuroléptica maligna*	Rara ^c	Rara ^c	Rara ^c

^a Disponível no Kit médico de emergência interagências (OMS, 2011)

^b Pode ser necessário até 1 g em casos graves.

^c Interrompa o medicamento antipsicótico imediatamente se houver suspeita dessa síndrome, mantenha baixa a temperatura da pessoa e administre líquidos suficientes.

Tabela PSI 2: Medicamentos anticolinérgicos

Medicamento	Biperideno ^a	Triexifenidil
Dose inicial	1 mg duas vezes ao dia	1 mg diariamente
Dose efetiva típica	3-6 mg/dia (dose máx. de 12 mg)	5-15 mg diariamente (dose máx. de 20 mg)
Via	Oral	Oral
Efeitos colaterais significativos:		
Confusão, problemas de memória (principalmente em idosos)	+++	+++
Sedação (principalmente em idosos)	+	+
Hesitação urinária	++	++

^a Disponível no Kit médico de emergência interagências (OMS, 2011)



B. Intervenções psicossociais

Todos os casos:

1. Ofereça psicoeducação

Principais mensagens à pessoa e ao(s) cuidador(es):

- » A psicose pode ser tratada e a pessoa pode se recuperar.
- » O estresse pode agravar os sintomas psicóticos.
- » Procure continuar as atividades sociais, educacionais e ocupacionais habituais o máximo possível, ainda que possa ser difícil no contexto de emergência.
- » Não consuma álcool, cânabis ou outros medicamentos não prescritos, pois podem agravar os sintomas psicóticos.
- » Pessoas com psicose precisam tomar os medicamentos prescritos e voltar para acompanhamento periódico.
- » Observe se os sintomas psicóticos reaparecem ou pioram. Volte ao serviço de saúde, pois pode ser necessário modificar o manejo.

Mensagens ao(s) cuidador(es):

- » Não tente convencer a pessoa de que suas crenças ou experiências são falsas ou irreais.
- » Procure ser neutro e dar apoio mesmo quando o comportamento da pessoa for estranho ou agressivo.
- » Evite discutir ou ser hostil com a pessoa.
- » Tente dar a ela liberdade para se deslocar. Evite contê-la enquanto assegura a segurança básica da própria pessoa e dos outros.
- » A psicose não é causada por bruxaria nem por espíritos.
- » Não culpe a pessoa ou outros parentes nem os acuse de serem a causa da psicose.
- » Caso a pessoa tenha dado à luz recentemente, não a deixe sozinha com o bebê, para garantir a segurança da criança.

2. Facilite a reabilitação comunitária

- » Converse com líderes comunitários para aumentar a aceitação e tolerância da pessoa na comunidade.
- » Facilite a inclusão da pessoa em atividades econômicas e sociais nas comunidades.
- » Entre em contato com recursos da comunidade como profissionais de saúde comunitários, profissionais de serviço de proteção, assistentes sociais e profissionais de serviços de apoio a pessoas com deficiência. Peça auxílio para ajudar a pessoa a retomar as atividades sociais, educacionais e ocupacionais apropriadas.

3. Cuide dos cuidadores segundo os Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social (>> Princípios gerais de atenção)

C. Seguimento

- » Programe e realize sessões periódicas de seguimento conforme descrição nos Princípios de manejo (>> Princípios gerais de atenção).
- » Marque a segunda consulta em 1 semana e as consultas subsequentes de acordo com a evolução da condição.
- » Continue o tratamento antipsicótico durante pelo menos 12 meses após a completa resolução dos sintomas. Se possível, consulte um especialista acerca da decisão de continuar ou interromper o medicamento.

Epilepsia/ Crises Epilépticas

EPI



Consulte o Quadro EPI 2, na página 40, sobre avaliação e manejo de uma pessoa em convulsão ou inconsciente depois de uma crise epiléptica*.

A epilepsia é a condição *tratada* com maior frequência dentre todos os tipos de condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias (MNS) em situações de crise humanitária em países de baixa e média renda. A epilepsia afeta todas as faixas etárias, inclusive crianças pequenas.

A epilepsia é uma condição neurológica crônica, que causa *crises epilépticas espontâneas recorrentes* e decorrentes de atividade elétrica encefálica anormal. Há diversos tipos de epilepsia e este módulo só aborda o tipo mais prevalente, a **epilepsia convulsiva**. A epilepsia convulsiva é caracterizada por crises epilépticas causadoras de contrações musculares *involuntárias* súbitas alternadas com relaxamento muscular, o que provoca tremor ou rigidez do corpo e dos membros. Com frequência, as crises epilépticas estão associadas à *diminuição do nível de consciência*. Durante a convulsão, a pessoa pode cair e sofrer lesões.

Durante emergências humanitárias, é frequente haver interrupção do suprimento de medicamentos antiepilépticos. Sem o acesso contínuo a esses medicamentos, as pessoas com epilepsia podem voltar a ter crises epilépticas, com risco de vida.

Queixas iniciais típicas da epilepsia convulsiva

- **História de movimentos convulsivos ou crises epilépticas.**

Pergunta de avaliação 1: A pessoa satisfaz os critérios para crise epiléptica convulsiva?

- » Pergunte à pessoa, e ao cuidador, se a pessoa já teve algum destes sintomas:
 - ♦ **movimentos convulsivos com duração superior a 1-2 minutos;**
 - ♦ perda ou diminuição do nível de consciência;
 - ♦ contração ou rigidez do corpo ou dos membros com duração superior a 1-2 minutos;
 - ♦ língua mordida ou ferida ou lesão corporal;
 - ♦ perda de controle vesical ou intestinal durante o episódio.
 - ♦ Após os movimentos anormais, a pessoa pode apresentar confusão, torpor, sonolência ou comportamento anormal. A pessoa também pode se queixar de fadiga, cefaleia ou dores musculares.
- » A pessoa satisfaz os critérios para uma **crise epiléptica convulsiva** se houver **movimentos convulsivos e pelo menos 2 outros sintomas** da lista anterior.
- » Suspeite de **crises epilépticas não convulsivas ou de outras condições médicas** quando atendidos somente 1 ou 2 dos critérios anteriores.
 - ♦ Consulte um especialista se a pessoa teve mais de uma crise epiléptica não convulsiva.
 - ♦ Institua o manejo adequado se houver suspeita de outras condições médicas.
 - ♦ Reavalie após 3 meses

Pergunta de avaliação 2: No caso de crise epiléptica convulsiva, há uma causa aguda?

- » Avalie se há sinais e sintomas de **neuroinfecção**:
 - ♦ febre;
 - ♦ cefaleia;
 - ♦ irritação meníngea* (p. ex., rigidez de nuca).
- » Verifique se há **outras causas possíveis** de convulsão:
 - ♦ traumatismo cranioencefálico;
 - ♦ anormalidade metabólica* (p. ex., hiponatremia*, hipoglicemia*);
 - ♦  **intoxicação por álcool ou drogas, ou síndrome de abstinência (>> Quadro SUB 1 na pág. 48).**
- » Se houver uma causa aguda **identificável** de crise epiléptica convulsiva, **trate a causa**.
 - ♦ **Não** é necessário tratamento de manutenção com medicamentos antiepilépticos nesses casos.
- » **Encaminhe a um hospital imediatamente** caso suspeite de neuroinfecção*, traumatismo cranioencefálico ou anormalidade metabólica*.
 - ♦ Suspeite de neuroinfecção em criança (de 6 meses a 6 anos de idade) com febre associada a algum dos critérios para crises epilépticas febris complexas a seguir:
 - crise epiléptica focal — início da crise em uma parte do corpo;
 - crise epiléptica prolongada — crise com duração superior a 15 minutos;
 - crise epiléptica repetitiva — mais de uma crise durante a enfermidade atual.
 - ♦ Se uma criança com febre não satisfizer a nenhum dos 3 critérios anteriores, suspeite de crise epiléptica febril simples. Institua o manejo da febre e investigue a causa de acordo com as diretrizes locais de **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)**. Observe a criança por 24 horas.
- » Reavalie em 3 meses.

Pergunta de avaliação 3: No caso de crise epiléptica convulsiva sem causa aguda identificada, há epilepsia?

- » Considera-se que há **epilepsia** se a pessoa teve 2 ou mais crises epilépticas convulsivas espontâneas em 2 dias diferentes nos últimos 12 meses.
- » Caso tenha havido somente 1 crise epiléptica convulsiva nos últimos 12 meses sem causa aguda, não é necessário tratamento antiepiléptico. Reavalie em 3 meses.

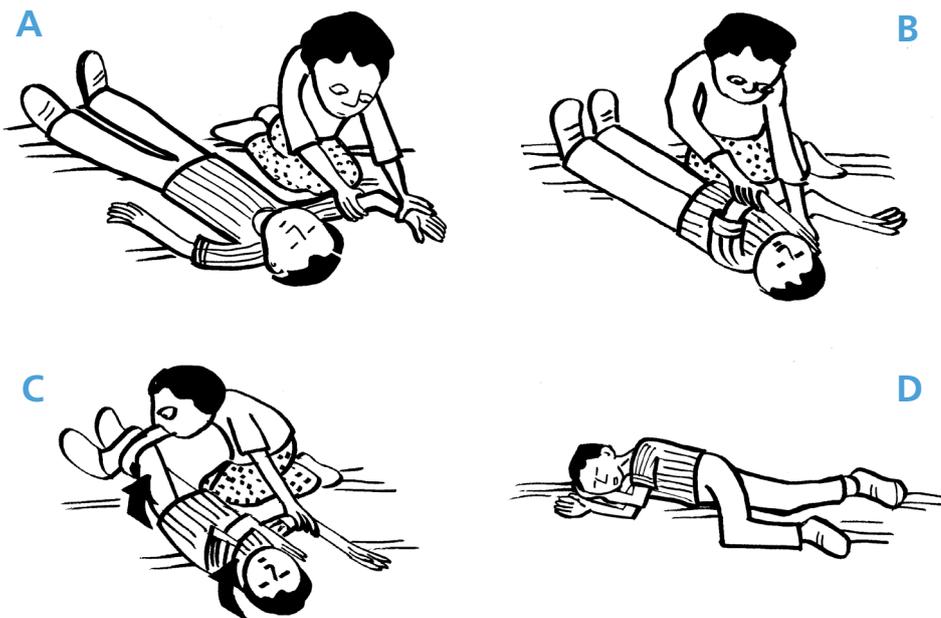
Plano básico de manejo

1. Informe a pessoa e os cuidadores sobre a epilepsia

» Explique:

- ♦ O que é epilepsia e **qual é a causa**:
 - ▶ A epilepsia é uma condição crônica, mas três em cada quatro pessoas podem ficar livres das crises epiléticas com medicamentos.
 - ▶ A epilepsia implica crises recorrentes. A crise epilética é um problema relacionado com a anormalidade da atividade elétrica encefálica.
 - ▶ A epilepsia não é causada por bruxaria ou espíritos.
 - ▶ A epilepsia não é contagiosa. A saliva não transmite epilepsia.
- ♦ Quais são as **questões** importantes relativas ao **estilo de vida**:
 - ▶ As pessoas com epilepsia podem ter uma vida normal:
 - Podem se casar e ter filhos saudáveis.
 - Podem trabalhar de maneira produtiva e segura na maioria dos empregos.
 - Crianças com epilepsia podem frequentar a escola.
 - ▶ As pessoas com epilepsia devem **evitar**:
 - empregos em que precisem trabalhar perto de máquinas pesadas ou fogo;
 - cozinhar sobre fogo aberto;
 - nadar desacompanhadas;
 - álcool e drogas recreativas;
 - olhar para luzes piscantes;
 - modificar padrões de sono (p. ex., dormir muito menos que o habitual).
 - ♦ O que fazer em casa quando ocorrer uma crise epilética (mensagem para os cuidadores):
 - ▶ Caso a crise comece quando a pessoa estiver de pé ou sentada, com cuidado, ajude-a a se sentar ou se deitar no chão para prevenir lesões por queda.
 - ▶ Verifique se ela está respirando bem. Afrouxe as roupas ao redor do pescoço.
 - ▶ Coloque a pessoa em posição de recuperação (ver Figuras A–D adiante).

Figuras A–D: Posição de recuperação



- A. Ajoelhe-se no chão ao lado da pessoa. Coloque o braço que está mais perto de você em ângulo reto com o corpo, com a mão para cima na direção da cabeça (Figura A).
- B. Coloque a outra mão sob a lateral da cabeça, de modo que o dorso da mão toque a bochecha (Figura B).
- C. Flexione em ângulo reto o joelho mais distante de você. Role a pessoa lateralmente com cuidado, puxando o joelho flexionado (Figura C).
- D. O braço que está em cima deve apoiar a cabeça e o braço que está por baixo impedirá que a pessoa continue a rolar (Figura D). **Incline levemente a cabeça para trás e levante o queixo para desobstruir as vias aéreas, confirme que não haja nenhum bloqueio das vias aéreas.** Essa manobra afasta a língua das vias aéreas, facilita a respiração e impede a sufocação por secreções e vômito.
 - ▶ Não tente segurar ou conter a pessoa no chão.
 - ▶ Não introduza nenhum objeto na boca.
 - ▶ Afaste qualquer objeto duro ou cortante da pessoa para evitar lesões.
 - ▶ Fique com a pessoa até que cesse a crise epilética e ela recupere a consciência.

» Peça à pessoa e aos cuidadores que mantenham um diário simples das crises epiléticas (ver **Figura EPI 1**).

2. Inicie ou reinicie os medicamentos antiepilépticos

- » Verifique se a pessoa já usou algum medicamento antiepiléptico que tenha controlado as crises. Em caso afirmativo, reinicie o mesmo medicamento na mesma dose.
- » Caso o medicamento não esteja disponível, inicie um novo medicamento.
- » Escolha **somente um** medicamento antiepiléptico (**ver Tabela EPI 1**).
 - ♦ Considere possíveis efeitos colaterais, interações medicamento-doença* ou interações medicamentosas*. Consulte a **Relação Nacional de Medicamentos** ou a **Relação da OMS**, quando necessário.
 - ♦ Inicie com a **dose mínima e aumente gradualmente** até que haja total controle das crises epiléticas.
- » **Explique à pessoa e aos cuidadores:**
 - ♦ Posologia do medicamento (>> **Tabela EPI 1**)
 - ♦ Possíveis efeitos colaterais (>> **Tabela EPI 1**). A maioria dos efeitos colaterais é leve e cessa com o passar do tempo. Caso haja efeitos colaterais graves, a pessoa deve suspender o medicamento e buscar ajuda médica imediatamente.
 - ♦ Importância da **adesão** ao tratamento medicamentoso. O esquecimento de doses ou a interrupção abrupta podem causar o reaparecimento das crises epiléticas. Os medicamentos devem ser tomados **no mesmo horário todos os dias**.
 - ♦ Tempo para o início do efeito do medicamento. Em geral, são necessárias algumas semanas para se notar o efeito.
 - ♦ Duração do tratamento. Mantenha o medicamento até que a pessoa não tenha crises epiléticas há pelo menos 2 anos.
 - ♦ Importância do seguimento regular.

Tabela EPI 1: Medicamentos antiepilépticos

	Fenobarbital ^a	Carbamazepina	Fenitoína	Valproato
Dose inicial em crianças	2–3 mg/kg/dia	5 mg/kg/dia	3–4 mg/kg/dia	15–20 mg/kg/dia
Dose efetiva típica em crianças	2–6 mg/kg/dia	10–30 mg/kg/dia	3–8 mg/kg/dia (dose máx. de 300 mg/dia)	15–30 mg/kg/dia
Dose inicial em adultos	60 mg/dia	200–400 mg/dia	150–200 mg/dia	400 mg/dia
Dose efetiva típica em adultos	60–180 mg/dia	400–1.400 mg/dia	200–400 mg/dia	400–2.000 mg/dia
Posologia	Uma vez ao dia ao deitar	Duas vezes ao dia	Crianças, duas vezes ao dia; adultos, pode ser administrada uma vez ao dia	Geralmente 2 ou 3 vezes ao dia
Efeitos colaterais raros, mas graves	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Erupção cutânea grave (síndrome de Stevens-Johnson*) ♦ Depressão da medula óssea* ♦ Insuficiência hepática 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Erupção cutânea grave (síndrome de Stevens-Johnson*, necrólise epidérmica tóxica*) ♦ Depressão da medula óssea* 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Anemia e outras anormalidades hematológicas ♦ Reações de hipersensibilidade, incluindo erupção cutânea grave (síndrome de Stevens-Johnson*) ♦ Hepatite 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sonolência ♦ Confusão
Efeitos colaterais comuns	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sonolência ♦ Hiperatividade em crianças 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sonolência ♦ Dificuldade para caminhar ♦ Náuseas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Náuseas, vômitos, constipação intestinal ♦ Tremor ♦ Sonolência ♦ Ataxia e fala arrastada ♦ Abalos motores ♦ Confusão mental 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Letargia ♦ Sedação ♦ Tremor ♦ Náuseas, diarreia ♦ Ganho de peso ♦ Queda de cabelo transitória (normalmente volta a crescer em 6 meses) ♦ Comprometimento da função hepática
Precauções	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Evite o fenobarbital em crianças com deficiência intelectual ou problemas comportamentais 			<ul style="list-style-type: none"> ♦ Evite o valproato em gestantes

^a Disponível no Kit médico de emergência interagências (OMS, 2011)

3. Seguimento

» Assegure o seguimento periódico:

- ◆ Nos 3 primeiros meses ou até que as crises epiléticas sejam controladas, marque pelo menos uma consulta de acompanhamento por mês.
- ◆ Marque consultas a cada 3 meses se as crises epiléticas estiverem controladas.
- ◆ Consulte os *Princípios de manejo* (>> **Princípios gerais de atenção**) para orientação mais detalhada sobre o seguimento.

» Em cada consulta de acompanhamento:

- ◆ Monitore o controle das crises epiléticas:
 - ▶ Consulte o **diário de crises epiléticas** para verificar como está seu controle.
- ◆ Mantenha ou ajuste o medicamento antiepiléptico de acordo com o controle das crises epiléticas.
 - ▶ Se as crises ainda não estiverem controladas com a dose terapêutica máxima de um medicamento ou se os efeitos colaterais forem intoleráveis, substitua o medicamento. Aumente gradualmente a dose até que as crises epiléticas sejam controladas.
 - ▶ Se a frequência das crises epiléticas for muito pequena e o aumento adicional da dose puder causar efeitos colaterais graves, a dose atual pode ser aceitável.
 - ▶ Consulte um especialista caso tenha tentado o tratamento com 2 medicamentos sucessivos e nenhum deles tenha controlado satisfatoriamente as crises epiléticas. Evite o tratamento simultâneo com mais de um antiepiléptico.

◆ Considere a interrupção do medicamento antiepiléptico caso não tenha havido nenhuma crise nos últimos 2 anos.

- ▶ Ao interromper o medicamento, a dose deve ser *diminuída gradativamente* ao longo de vários meses para evitar crises epiléticas pela suspensão do medicamento.
- ◆ Inclua os cuidadores no monitoramento do controle das crises epiléticas.
- ◆ Avalie as questões relativas ao estilo de vida e providencie maior psicoeducação/apoio para a pessoa e os cuidadores (>> **Passo 1 do Plano básico de manejo** descrito anteriormente).



Quadro EPI 1: Considerações especiais de manejo para mulheres com epilepsia

» Se a mulher estiver em idade reprodutiva:

- ◆ Prescreva folato, na dose de 5 mg/dia, para prevenir possíveis anomalias congênitas se ela engravidar.

» Se estiver grávida:

- ◆ Consulte um especialista acerca do manejo.
- ◆ Aconselhe-a a fazer consultas pré-natais mais frequentes e a dar à luz em um hospital.
- ◆ Por ocasião do parto, administre 1 mg de **vitamina K** por via intramuscular (IM) ao recém-nascido.

- » A decisão de iniciar um medicamento antiepiléptico durante a gravidez deve ser tomada em conjunto com a mulher. Devem-se considerar a intensidade e a frequência das crises epiléticas, assim como os possíveis danos ao feto, decorrentes das crises epiléticas ou do medicamento. Caso seja tomada a decisão de iniciar o medicamento, pode-se usar fenobarbital ou carbamazepina. Devem-se evitar o valproato e a politerapia*.

- » A carbamazepina pode ser usada por mulheres que estejam amamentando.

Figura EPI 1: Exemplo de diário das crises epiléticas

Quando ocorreu a crise		Descrição da crise (incluindo duração e partes do corpo afetadas)	Medicamentos tomados	
Data	Hora		Ontem	Hoje

Quadro EPI 2: Avaliação e manejo de uma pessoa em convulsão ou inconsciente depois de uma crise epiléptica



A avaliação e o manejo de crises epiléticas agudas devem ser simultâneos.

» Avaliação de crises epiléticas

- ♦ Mantenha a calma. A maioria das crises epiléticas cessa em alguns minutos.
- ♦ Avalie as **vias aéreas, a respiração e a circulação**, incluindo a pressão arterial, a frequência respiratória e a temperatura.
- ♦ Verifique se há **sinais de traumatismo cranioencefálico ou medular** (p. ex., a midríase pode ser um sinal de traumatismo cranioencefálico grave).
- ♦ Verifique se há **rigidez de nuca** ou **febre** (sinais de meningite).

» Pergunte ao cuidador:

- ♦ *Quando começou esta crise epilética?*
- ♦ *Há história de crises epiléticas?*
- ♦ *Há história de traumatismo da cabeça ou do pescoço?*
- ♦ *Há algum outro problema de saúde?*
- ♦ *A pessoa tomou algum medicamento, veneno, álcool ou drogas?*
- ♦ *No sexo feminino: Ela está na segunda metade da gravidez ou na primeira semana pós-parto?*

» Encaminhe com urgência a um hospital:

- ♦ Caso haja algum sinal de **traumatismo grave, choque*** ou **problema respiratório**.
- ♦ Caso haja possibilidade de **traumatismo cranioencefálico ou cervical grave**:
 - ▶ Não movimente o pescoço da pessoa.
 - ▶ Faça o rolamento em bloco* da pessoa ao fazer a transferência.
- ♦ Caso seja uma mulher na **segunda metade da gravidez ou com menos de 1 semana após o parto**.
- ♦ Caso haja suspeita de **neuroinfecção**.
- ♦ Caso tenham se passado **mais de 5 minutos** desde o início da crise epilética.

» Manejo das crises epiléticas

- ♦ Coloque a pessoa em decúbito lateral na **posição de recuperação** (ver Plano básico de manejo e Figuras A–D anteriores)
- ♦ Se a crise epilética não cessar espontaneamente depois de 1-2 minutos, institua acesso intravenoso (IV) logo que possível e administre **glicose e benzodiazepínicos** em infusão lenta (30 gotas/minuto).
 - ▶ Se for difícil estabelecer o acesso intravenoso, administre os benzodiazepínicos por via retal.
 - ▶ Atenção: os **benzodiazepínicos podem diminuir a frequência respiratória**. Administre oxigênio se disponível e monitore a respiração com frequência.
 - ▶ **Dose de glicose para crianças:** 2–5 ml/kg de glicose a 10%.
 - ▶ **Dose de benzodiazepínicos para crianças:**
 - diazepam por via retal, 0,2–0,5 mg/kg, ou
 - diazepam IV, 0,1–0,3 mg/kg, ou
 - lorazepam IV, 0,1 mg/kg.
 - ▶ **Dose de glicose para adultos:** 25-50 ml de glicose a 50%
 - ▶ **Dose de benzodiazepínicos para adultos:**
 - diazepam por via retal, 10–20 mg, ou
 - diazepam IV, 10–20 mg lentamente, ou
 - lorazepam IV, 4 mg.
 - ▶ **Não administre benzodiazepínicos por via intramuscular (IM).**
- ♦ Administre a **segunda dose** de benzodiazepínicos se a crise epilética continuar por 5–10 minutos após a primeira dose.
- ♦ Use dose igual à primeira.
- ♦ **Não administre mais de 2 doses de benzodiazepínicos. Caso sejam necessárias mais de 2 doses, a pessoa deve ser transferida para um hospital.**
- ♦ Suspeite de **estado de mal epilético** quando:
 - ▶ As crises epiléticas forem frequentes e a pessoa não se recuperar entre os episódios, ou
 - ▶ As crises epiléticas não responderem a 2 doses de benzodiazepínicos, ou
 - ▶ As crises epiléticas durarem mais de 5 minutos.
- » **Encaminhe com urgência a um hospital:**
 - ♦ Se houver suspeita de estado de mal epilético (ver anteriormente).
 - ♦ Se não houver resposta às 2 primeiras doses de benzodiazepínicos.
 - ♦ Se houver problemas respiratórios depois da administração de benzodiazepínicos.

Deficiência Intelectual

DI

A deficiência intelectual⁹ é caracterizada por limitações irreversíveis em várias áreas do desenvolvimento intelectual esperado (ou seja, habilidades cognitivas*, de linguagem, motoras e sociais). Essas limitações existem desde o nascimento ou surgem na infância. A deficiência intelectual interfere na aprendizagem, no funcionamento diário e na adaptação a novos ambientes.

As pessoas com deficiência intelectual costumam ter necessidades substanciais de cuidados. É frequente a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde e à educação. Elas são extremamente vulneráveis a maus-tratos, abuso, negligência e exposição a situações perigosas em ambientes de emergência caóticos. Por exemplo, as pessoas com deficiência intelectual são mais propensas a entrar inadvertidamente em áreas perigosas. Além disso, a família e a comunidade podem considerá-las um fardo e abandoná-las durante o deslocamento. Desse modo, as pessoas com deficiência intelectual necessitam de atenção extra durante emergências humanitárias.

Este módulo abrange a deficiência intelectual moderada, grave e profunda em crianças, adolescentes e adultos.

Queixas iniciais típicas

- » **Lactentes:** alimentação insuficiente, atraso do crescimento, hipotonia motora, atraso para alcançar os marcos do desenvolvimento esperados para a idade e a fase, como sorrir, sentar e ficar de pé.
- » **Crianças:** atraso para alcançar os marcos do desenvolvimento esperados para a idade, como andar, treinamento esfinteriano, falar, ler e escrever.
- » **Adultos:** redução da capacidade de viver com independência ou de cuidar de si próprio ou dos filhos.
- » **Todas as idades:** dificuldade de realizar atividades diárias consideradas normais para a idade; dificuldade para compreender instruções; dificuldade para atender às demandas da vida cotidiana.

⁹ O nome proposto para essa condição na versão preliminar da CID-11 é Transtorno do desenvolvimento intelectual.

Pergunta de avaliação 1: A pessoa tem deficiência intelectual?

» Avalie as habilidades e o funcionamento da pessoa:

- ♦ No caso de **crianças que estão aprendendo a andar e em idade pré-escolar**, avalie se ela alcançou todos os **marcos apropriados para a idade** em todas as áreas do desenvolvimento (>> **Quadro DI 1** com sinais de advertência).
- ♦ Perguntas sugeridas aos cuidadores:
 - ▶ *O comportamento da criança é igual ao das outras de mesma idade?*
 - ▶ *O que ela consegue fazer sozinha (sentar, andar, comer, vestir-se ou ir ao banheiro)?*
 - ▶ *Como ela se comunica com você? A criança sorri para você? Reage ao ouvir o próprio nome? Como ela fala com você? É capaz de pedir o que deseja?*
 - ▶ *Como ela brinca? Consegue brincar bem com outras crianças da mesma idade?*
- ♦ No caso de **crianças mais velhas e adolescentes**, pergunte se vai à escola e, em caso afirmativo, como está se saindo nas tarefas escolares (aprendizagem, leitura e redação) e nas atividades domésticas diárias.
 - ▶ *Você vai à escola? Como está se saindo na escola? Você consegue fazer o dever de casa? Costuma ter dificuldades na escola porque não consegue entender ou seguir as instruções?*
- ♦ No caso de adultos, pergunte se trabalha e, em caso afirmativo, como está se saindo no trabalho e em outras atividades diárias.
 - ▶ *Você trabalha? Que tipo de trabalho faz? Costuma ter dificuldade no trabalho porque não consegue entender ou seguir as instruções?*
- ♦ No caso de **crianças mais velhas, adolescentes e adultos**, pergunte que tipo de ajuda está recebendo para fazer as atividades diárias (p. ex., em casa, na escola, no trabalho).

» Se houver atraso dos marcos esperados de desenvolvimento, descarte condições tratáveis ou reversíveis que simulem a deficiência intelectual.

♦ Descarte a deficiência visual:

- ▶ No caso de uma criança > 6 meses, enquanto a observa diretamente, pergunte ao cuidador se ela:
 - acompanha com o olhar um objeto em movimento;
 - reconhece pessoas conhecidas;
 - segura um objeto com as mãos.
- ▶ Se alguma das respostas for **não**, informe ao cuidador sobre a possibilidade de uma deficiência visual e consulte um especialista, se disponível.

♦ Descarte a deficiência auditiva:

- ▶ No caso de uma criança > 6 meses, enquanto a observa diretamente, pergunte ao cuidador se ela:
 - gira a cabeça para ver quem está falando atrás dela;
 - reage a ruídos fortes;
 - emite vários sons vocais (tatá, dadá, babá).
- ▶ Se alguma das respostas for **não**, informe ao cuidador sobre a possibilidade de uma deficiência auditiva e consulte um especialista, se disponível.

♦ Descarte problemas no ambiente:

- ▶ Transtorno depressivo moderado a grave da mãe ou do principal cuidado (>> **DEP**)
- ▶ Falta de estimulação (a estimulação é essencial para o desenvolvimento encefálico de crianças pequenas)
 - *Quem interage e brinca com a criança habitualmente?*
 - *Como você/ele brinca com a criança? Com que frequência?*
 - *Como você/ele se comunica com a criança? Com que frequência?*

♦ **Descarte a desnutrição** e outras carências nutricionais ou **deficiências hormonais**, incluindo a deficiência de iodo* e o hipotireoidismo*.

♦ **Descarte epilepsia (>> *EPI*)**, que pode simular ou ocorrer junto com a deficiência intelectual.

» Institua o manejo dos problemas tratáveis identificados e reavalie a pessoa para verificar se tem deficiência intelectual.

- ♦ Para os casos confirmados de deficiência auditiva e visual, forneça ou defenda o fornecimento dos auxílios necessários (óculos, aparelho auditivo).
- ♦ Institua o manejo do transtorno depressivo do cuidador, se for o caso.
- ♦ Ensine o cuidador a proporcionar um ambiente mais estimulante para as crianças pequenas. Consulte a publicação *Aconselhamento da família sobre cuidados para o desenvolvimento: cartões de aconselhamento* (disponível em inglês) (Unicef e OMS, 2012).
- ♦ Encaminhe a pessoa aos programas de Desenvolvimento da Criança na Primeira Infância (ECD, na sigla em inglês), se for o caso.
- » O diagnóstico de **deficiência intelectual** é provável se a) houver atraso considerável para alcançar os marcos do desenvolvimento esperados e dificuldade para atender às demandas cotidianas e b) tiverem sido descartadas ou abordadas condições tratáveis ou reversíveis.

Pergunta de avaliação 2: Há problemas comportamentais associados?

» Não dá ouvidos aos cuidadores.

» Acessos de raiva. Comportamento de agressão e autolesão quando aborrecido.

» Ingestão de material não orgânico.

» Comportamento sexual imprudente ou outro comportamento problemático.

Plano básico de manejo

1. Ofereça psicoeducação

- » **Explique a deficiência** à pessoa e aos cuidadores. Pessoas com deficiência intelectual não devem ser responsabilizadas pela deficiência. O objetivo é que os cuidadores tenham expectativas realistas, sejam gentis e deem apoio.
- » Providencie o treinamento de habilidades parentais. O objetivo deve ser **melhorar as interações positivas entre os pais ou cuidadores e a criança**. Ensine aos cuidadores habilidades que ajudem a reduzir os problemas de comportamento.
 - ♦ Os cuidadores devem compreender a importância de treinar a pessoa para realizar atividades de autocuidado e higiene (p. ex., treinamento do controle esfinteriano, escovação dos dentes).
 - ♦ Os cuidadores devem conhecer muito bem a pessoa. Devem saber o que causa estresse ou alegria, acarreta ou previne problemas de comportamento, pontos fracos e fortes e como a pessoa aprende melhor.
 - ♦ Os cuidadores devem manter a maior regularidade possível das atividades diárias da pessoa, como comer, brincar, aprender, trabalhar e dormir.
- ♦ **Os cuidadores devem recompensar a pessoa** quando o comportamento for bom e suspender a recompensa quando houver problemas de comportamento. Use uma disciplina equilibrada:
 - ▶ Dê instruções claras, simples e curtas sobre o que a pessoa deve fazer em vez do que não deve fazer. Divida as atividades complexas em etapas menores, de modo que a pessoa consiga aprender e ser recompensada por cada etapa (p. ex., aprender a vestir as calças antes de abotoá-las).
 - ▶ Quando a pessoa fizer algo bom, ofereça uma recompensa. Distraia a pessoa das coisas que ela não deve fazer. No entanto, essa distração não deve ser prazerosa e uma recompensa para a pessoa.
 - ▶ **NÃO** use ameaças ou castigos físicos quando houver problemas de comportamento.
- » Explique aos cuidadores que a pessoa é mais vulnerável a maus-tratos físicos e abuso sexual em geral, necessitando de maior atenção e proteção.
- » Oriente os cuidadores a evitarem a internação.

2. Promova a proteção na comunidade

- » Avalie a disponibilidade de proteção na comunidade (p. ex., grupos informais, ONGs locais, organismos governamentais ou internacionais) e solicite o apoio adequado para a pessoa.

3. Promova a inclusão em atividades comunitárias

- » Caso seja uma criança, mantenha-a em escola normal o máximo possível.
 - ♦ Estabeleça contato com a escola para explorar as possibilidades de adaptar o ambiente de aprendizagem. A publicação **Educação inclusiva de crianças em risco** (disponível em inglês) (INEE) contém dicas simples.
- » Promova a participação em atividades sociais agradáveis na comunidade.
- » Avalie a disponibilidade de programas de reabilitação baseada na comunidade (RBC*) e defenda a inclusão da pessoa com deficiência intelectual nesses programas.

4. Cuide dos cuidadores segundo os *Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social* (>> *Princípios gerais de atenção*)

5. Se possível, encaminhe a um especialista para avaliação complementar e manejo de possíveis condições do desenvolvimento concomitantes

- » Comprometimento motor irreversível ou paralisia cerebral*
- » Anomalias congênitas, anormalidades ou síndromes genéticas (p. ex., síndrome de Down*).

6. Seguimento

- » Programe e realize sessões periódicas de acompanhamento conforme descrição nos Princípios de manejo (>> *Princípios gerais de atenção*).

Quadro DI 1: Marcos do desenvolvimento: sinais de alerta a observar

Com 1 MÊS de idade	<ul style="list-style-type: none">◆ Má sucção na mama ou recusa a sugar◆ Pequena movimentação de braços e pernas◆ Pequena ou nenhuma reação a sons fortes ou luzes brilhantes◆ Choro por longos períodos sem razão aparente◆ Vômitos e diarreia, que podem acarretar desidratação
Com 6 MESES de idade	<ul style="list-style-type: none">◆ Rigidez ou dificuldade para movimentar os membros◆ Movimentação constante da cabeça (pode indicar otite, com possibilidade de surdez, se não tratada)◆ Pequena ou nenhuma resposta a sons, a rostos conhecidos ou à mama◆ Recusa da mama ou de outros alimentos
Com 12 MESES de idade	<ul style="list-style-type: none">◆ Não emite sons em resposta a outras pessoas◆ Não olha para objetos em movimento◆ Desatenção e falta de resposta ao cuidador◆ Falta de apetite ou recusa de alimentos
Com 2 ANOS de idade	<ul style="list-style-type: none">◆ Falta de resposta a outras pessoas◆ Dificuldade para manter o equilíbrio ao caminhar◆ Lesões e mudanças de comportamento inexplicadas (sobretudo se a criança ficou sob os cuidados de outra pessoa)◆ Falta de apetite
Com 3 ANOS de idade	<ul style="list-style-type: none">◆ Perda de interesse em brincar◆ Quedas frequentes◆ Dificuldade para manipular objetos pequenos◆ Incapacidade de compreender mensagens simples◆ Incapacidade de falar usando várias palavras◆ Pouco ou nenhum interesse nos alimentos
Com 5 ANOS de idade	<ul style="list-style-type: none">◆ Medo, raiva ou violência ao brincar com outras crianças, que podem ser sinais de problemas emocionais ou maus-tratos
Com 8 ANOS de idade	<ul style="list-style-type: none">◆ Dificuldades para fazer e manter amigos e para participar de atividades do grupo◆ Evitação de uma tarefa ou desafio sem tentar, ou exibição de sinais de impotência◆ Dificuldade para comunicar necessidades, pensamentos e emoções◆ Dificuldade para se concentrar nas tarefas, compreender e completar os trabalhos escolares◆ Agressividade ou timidez excessiva com amigos e parentes

Fonte: *UNICEF, OMS, UNESCO, UNFPA, PNUD, UNAIDS, PMA e Banco Mundial (2010)*

Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas

SUB



Consulte o Quadro SUB 1, na pág. 48, sobre avaliação e manejo da síndrome de abstinência de álcool com risco de vida.

O uso de álcool ou outras drogas [p. ex., opiáceos* (como a heroína), cânabis*, anfetaminas*, khat* e diversos medicamentos prescritos, como benzodiazepínicos* e tramadol*] é causa de diversos problemas. Entre eles estão a *síndrome de abstinência* (sintomas físicos e mentais que ocorrem com a cessação ou significativa redução do uso), a *dependência** e o *uso prejudicial* (danos à saúde física ou mental e/ou ao bem-estar geral). O uso de álcool ou outras drogas é prejudicial quando causa problemas físicos ou mentais, comportamentos de risco para a saúde, problemas familiares ou de relacionamento, violência sexual e física, acidentes, maus-tratos e negligência infantil, dificuldades financeiras e outros problemas de proteção. A prevalência do uso prejudicial de álcool ou outras drogas pode aumentar durante emergências humanitárias, quando adultos e adolescentes podem tentar lidar com o estresse, a perda ou a dor por meio da automedicação*.

As emergências agudas podem causar a interrupção do suprimento de álcool ou outras drogas, o que acarreta o surgimento de sintomas de abstinência inesperados e que põem em risco a vida de indivíduos que vinham usando substâncias em doses relativamente altas há um longo período. Essa situação ocorre principalmente com o álcool.

Este módulo concentra-se no *uso prejudicial de álcool e outras drogas* e contém um quadro sobre *síndrome de abstinência de álcool com risco de vida* (>> Quadro SUB 1). Quanto a outros aspectos do uso de álcool ou drogas, consulte os módulos sobre uso de álcool e outras drogas do *MI-mhGAP — Manual de intervenções* completo.

Queixas iniciais típicas

- » **Aparentemente sob a influência de álcool ou outras drogas** (p. ex., odor de álcool, aparente embriaguez, agitação, inquietação, baixa energia, fala arrastada, aparência desleixada, midríase/miose*).
- » **Lesão recente.**
- » **Sinais de uso de droga intravenosa (IV)** (marcas de injeção, infecção cutânea).
- » **Solicitação de comprimidos para dormir ou analgésicos.**

Pergunta de avaliação 1: Há danos à saúde mental ou física e/ou ao bem-estar geral em razão do uso de álcool ou outras drogas?

- » **Investigue o uso de álcool ou outras drogas, sem soar crítico.**
- » **Pergunte:**
 - ♦ **Quantidade e padrão de uso**
 - ▶ *Você consome álcool? Em caso afirmativo, de que maneira? Quantas doses por dia/semana?*
 - ▶ *Você toma comprimidos para dormir/calmanse/analgésicos prescritos? De que tipo? Quantos por dia/semana?*
 - ▶ *Você usa drogas ilícitas? De que tipo? Por que via — oral, injetável, inalação? Em que quantidade e com que frequência por dia/semana?*
 - ♦ **Fatores desencadeantes do uso de álcool ou drogas**
 - ▶ *O que deixa você com vontade de consumir álcool ou drogas?*
 - ♦ **Danos próprios ou a outras pessoas**
 - ▶ **Problemas médicos ou lesões decorrentes do uso de álcool ou drogas:**
 - *Você teve algum problema de saúde desde que começou a consumir bebidas alcoólicas ou drogas?*
 - *Você já sofreu alguma lesão quando estava sob a influência de álcool ou drogas?*
 - ▶ **Continuação do uso de álcool ou drogas apesar da orientação para deixar de usar**
 - *Durante a gravidez ou amamentação*
 - *Depois de ser informado sobre a existência de um problema no estômago ou no fígado causado pelo consumo de álcool ou drogas*
 - *Durante o uso de medicamentos que têm interações prejudiciais com álcool ou drogas, como sedativos, analgésicos ou medicamentos contra tuberculose*
 - ▶ **Problemas sociais decorrentes do uso de álcool ou drogas:**
 - **Problemas financeiros ou com a justiça**
 - *Você já esteve em dificuldades financeiras ou violou a lei por causa do uso de álcool ou drogas?*
 - **Problemas ocupacionais**
 - *Você já perdeu um emprego ou teve o desempenho no trabalho prejudicado por causa do uso de álcool ou drogas?*
 - **Dificuldade para cuidar dos filhos ou de outros dependentes**
 - *Você já teve dificuldade para cuidar de seu filho/família por causa do uso de álcool ou drogas?*
 - **Violência contra outras pessoas**
 - *Você já machucou alguém durante o uso de álcool ou drogas?*
 - **Problemas de relacionamento/conjugais**
 - *Você já teve algum problema com seu parceiro por usar álcool ou drogas?*
- » **Faça um exame físico geral rápido à procura de sinais de uso crônico de álcool ou drogas**
 - ♦ **Hemorragia gastrointestinal:**
 - ▶ dor abdominal,
 - ▶ sangue no vômito,
 - ▶ sangue nas fezes ou fezes negras.
 - ♦ **Doença hepática:**
 - ▶ Grave: icterícia, ascite*, aumento e endurecimento de fígado e baço, encefalopatia hepática*.
 - ♦ **Desnutrição, perda de peso acentuada.**
 - ♦ **Evidência de infecções associadas ao uso de drogas (p. ex., HIV, hepatite B ou C, infecções cutâneas no local da injeção ou tuberculose).**
- » **Avalie ambos, o uso prejudicial de álcool e de drogas, na mesma pessoa, pois é frequente que sejam concomitantes.**

Plano básico de manejo

1. Proceda ao manejo dos efeitos prejudiciais do uso de álcool ou drogas

- » Providencie a **atenção médica** necessária para as consequências físicas do uso prejudicial de álcool ou drogas.
- » Institua o manejo de qualquer **condição mental concomitante**, como o transtorno depressivo moderado a grave, o TEPT e a psicose (>> **DEP, TEPT, PSI**).
- » Aborde as **consequências sociais urgentes** (p. ex., estabeleça contato com serviços de proteção em caso de abuso, como na violência de gênero).

2. Avalie a motivação da pessoa para interromper ou reduzir o uso de álcool ou drogas

- » **Avalie se a pessoa vê o uso de álcool ou drogas como um problema e se está pronta para tomar alguma medida com relação a isso.**
 - ♦ *Você acredita que pode ter um problema com álcool ou drogas?*
 - ♦ *Já pensou em interromper ou reduzir o uso de álcool ou drogas?*
 - ♦ *Já tentou interromper ou reduzir o uso de álcool ou drogas no passado?*

3. Motive a pessoa a interromper ou reduzir o uso de álcool ou drogas

- » Inicie um **breve diálogo motivacional** sobre uso prejudicial:
 - ♦ Pergunte sobre os **benefícios e danos percebidos** do uso de álcool ou drogas. Não faça críticas, mas procure entender a motivação da pessoa para usar álcool ou drogas.
 - *Que tipo de prazer você sente ao usar álcool ou drogas?*
 - *Vê algum aspecto negativo do uso de álcool ou drogas?*
 - *Já se arrependeu alguma vez de usar álcool ou drogas?*
 - ♦ **Questione** qualquer sentimento exagerado de benefício do uso de álcool ou drogas. Por exemplo, se a pessoa usa álcool ou drogas para tentar se esquecer dos problemas de vida, diga:
 - *Esquecer é realmente bom? O problema desaparece?*
 - ♦ **Destaque** alguns aspectos negativos do uso de álcool e drogas que a pessoa pode ter subestimado.
 - *Quanto você gasta com álcool ou drogas? Por semana? Por mês? Por ano? O que poderia fazer com esse dinheiro?*
- ♦ **Forneça** mais informações sobre os efeitos prejudiciais do álcool e das drogas, tanto em curto prazo como em longo prazo.
 - *O álcool e as drogas podem causar graves problemas de saúde física e mental, incluindo lesões e adição.*
- ♦ **Reconheça** que é difícil deixar de usar álcool ou drogas. Diga à pessoa que ela pode contar com seu apoio. Incentive as pessoas a decidirem por si sós se é uma boa ideia deixar de usar álcool ou drogas.
- ♦ Se a pessoa não estiver pronta para interromper ou reduzir o uso de álcool ou drogas, respeite a decisão. Peça que ela volte outro dia para conversar melhor.
- » **Repita os breves diálogos motivacionais descritos anteriormente em várias sessões.**

4. Discuta várias maneiras de reduzir ou interromper o uso prejudicial

- » Discuta as seguintes estratégias:
 - ♦ Não guarde álcool ou drogas em casa.
 - ♦ Não se aproxime de lugares onde as pessoas podem usar álcool ou drogas.
 - ♦ Peça o apoio de cuidadores e amigos.
 - ♦ Peça aos cuidadores que acompanhem a pessoa às consultas de acompanhamento.
 - ♦ Incentive atividades sociais sem álcool ou drogas
- » Considere o encaminhamento a um grupo de autoajuda sobre uso de álcool ou drogas, caso disponível.
- » Se a pessoa concordar em interromper o uso de álcool ou drogas, informe-a sobre a possibilidade de sintomas de abstinência transitórios (ou seja, < 1 semana). Descreva os sintomas (p. ex., ansiedade e agitação após a retirada de opiáceos, benzodiazepínicos e álcool). Oriente a pessoa a voltar ao serviço de saúde em caso de sintomas graves.

5. Ofereça apoio psicossocial conforme descrição nos *Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social* (>> *Princípios gerais de atenção*)

- » Aborde os estressores psicossociais atuais.
- » Fortaleça o apoio social.
- » Ensine a controlar o estresse.

6. Ofereça seguimento periódico

- » Continue a oferecer apoio, discutir e trabalhar com a pessoa e os cuidadores sobre a redução ou interrupção do uso de álcool ou drogas.
- » Programe e realize sessões periódicas de acompanhamento (>> *Princípios de manejo em Princípios gerais de atenção*).



Quadro SUB 1 Avaliação e manejo da síndrome de abstinência de álcool com risco de vida

Queixas iniciais típicas de pessoa com síndrome de abstinência de álcool com risco de vida

- » Agitação, ansiedade grave.
- » Confusão ou alucinações* (ver, ouvir ou sentir coisas que não estão acontecendo).
- » Convulsões/crises epiléticas.
- » Aumento da pressão arterial (p. ex., > 180/100 mm Hg) e/ou da frequência cardíaca (p. ex., > 100 bpm).

Avaliação da síndrome de abstinência de álcool com risco de vida

Pergunta de avaliação 1: É síndrome de abstinência de álcool?

- » Descarte e institua o manejo de outras causas que possam explicar os sintomas, entre elas:
 - ♦ Malária, HIV/AIDS, outras infecções, traumatismo cranioencefálico, anormalidade metabólica* (p. ex., hipoglicemia*, hiponatremia*), encefalopatia hepática, hipertireoidismo*, acidente vascular cerebral, uso de drogas (p. ex., anfetaminas), história conhecida de psicose e história conhecida de epilepsia.
- » Se descartadas as causas supracitadas, avalie a **história de uso de álcool**, perguntando à pessoa e aos cuidadores:
 - ♦ A pessoa consome álcool?
 - ♦ Quando consumiu pela última vez?
 - ♦ Que quantidade costuma consumir?
- » O diagnóstico de síndrome de abstinência de álcool é provável se os sintomas surgirem depois de interromper o uso regular/pesado de álcool. Em geral, isso acontece 1–2 dias após o último drinque.
 - ♦ Se a pessoa tiver crises epiléticas ou alucinações e não houver suspeita de síndrome de abstinência de álcool, avalie se há epilepsia (>> **EPI**) ou psicose (>> **PSI**).

Pergunta de avaliação 2: Se a pessoa tiver síndrome de abstinência de álcool, há risco de vida?

- » Avalie se há **elementos associados a risco de vida**:
 - ♦ Convulsões/crise epiléticas (em geral, no decorrer de 48 horas);
 - ♦ Elementos de *delirium** (em geral, no decorrer de 96 horas);
 - confusão aguda, desorientação.
 - alucinações.
- » Avalie se a pessoa corre **alto risco de apresentar elementos associados a risco de vida** (convulsões ou *delirium*) nos próximos 1–2 dias:
 - ♦ Elementos associados a risco de vida anteriores (convulsões ou *delirium*); ou
 - ♦ Sintomas de abstinência graves atuais:
 - agitação, irritabilidade e/ou ansiedade graves.
 - sudorese excessiva, tremor das mãos,
 - aumento da pressão arterial (p. ex., > 180/100 mm Hg) e/ou da frequência cardíaca (p. ex., > 100 bpm).



Se houver suspeita de *delirium* por abstinência de álcool, inicie o plano de manejo de emergência para síndrome de abstinência de álcool com risco de vida (ver adiante) e providencie a transferência acompanhada para o hospital mais próximo.

Plano de manejo de emergência para síndrome de abstinência de álcool com risco de vida

1. Trate a síndrome de abstinência de álcool imediatamente com diazepam (>> **Tabela SUB 1**)

- » A dose de diazepam depende da tolerância* da pessoa a esse fármaco, da intensidade dos sintomas de abstinência e da presença de distúrbios físicos concomitantes.
 - ♦ Ajuste a dose de acordo com o efeito observado. A dose correta é a que produz leve sedação.
 - Uma dose muito alta pode causar supersedação e depressão respiratória*. Monitore várias vezes a frequência respiratória e o nível de sedação (p. ex., sonolência).
 - Uma dose muito baixa está associada a risco de crises epiléticas/*delirium*.
- » Monitore com frequência os sintomas da síndrome de abstinência (a cada 3–4 horas). Mantenha o diazepam até que cessem os sintomas (em geral, 3–4 dias, mas não mais de 7 dias).
- » No caso de uma crise epilética por abstinência, **NÃO** use medicamentos antiepiléticos. Mantenha o diazepam.
- » Os sintomas de *delirium*, como confusão, agitação ou alucinações, podem persistir por várias semanas depois de cessarem outros sintomas da síndrome de abstinência de álcool. Nesse caso, considere o uso de antipsicóticos, como **haloperidol**, em dose oral de 2,5–5 mg, até 3

vezes ao dia até a melhora da confusão, agitação ou alucinações. Em alguns casos, podem ser necessárias várias semanas até que cessem as alucinações e a confusão. Não exagere na sedação.

- » Se possível, providencie um ambiente tranquilo, não estimulante e bem iluminado. Procure manter alguma iluminação, até mesmo à noite, para evitar quedas se a pessoa resolver se levantar. Considere a possibilidade de colocar a pessoa sobre um colchão no chão para evitar lesões. Se possível, peça que um cuidador permaneça com ela para monitorar e evite contenções.

2. Aborde a desnutrição

- » Administre vitamina B1 (tiamina), em dose oral de 100 mg/dia durante 5 dias.

- » Avalie e aborde a desnutrição.

3. Mantenha a hidratação

- » Inicie hidratação IV se possível.
- » Incentive o consumo oral de líquidos (pelo menos 2–3 litros/dia).

4. Quando a síndrome de abstinência com risco de vida cessar, proceda à avaliação e ao manejo do uso prejudicial de álcool ou drogas (ver texto principal deste módulo).

Tabela SUB 1: Diazepam na síndrome de abstinência de álcool com risco de vida

	Diazepam ^a
Dose inicial	10–20 mg até 4 vezes/dia durante 3–7 dias
Dose subsequente	Reduza gradualmente a dose e/ou a frequência até que os sintomas melhorem. Monitore com frequência, pois as pessoas têm diferentes respostas a esse medicamento.
Via	Oral
Efeitos colaterais graves (raros)	Depressão respiratória*, diminuição acentuada do nível de consciência Precaução: monitore com frequência a frequência respiratória e o nível de sedação
Efeitos colaterais comuns	Sonolência, amnésia, alteração da consciência, fraqueza muscular Precaução: não administre outra dose se a pessoa estiver sonolenta
Precauções em grupos especiais	Em pessoas idosas, use de um quarto à metade da dose sugerida Não prescreva para pessoas com problemas respiratórios

^a Disponível no Kit médico de emergência interagências (OMS, 2011).

Os transtornos mentais, o sofrimento emocional agudo e a desesperança são comuns nas situações de crise humanitária. Esses problemas podem levar ao suicídio* ou à autolesão*. Alguns profissionais de saúde temem equivocadamente que perguntas sobre suicídio levem a pessoa a tentar o suicídio. Ao contrário, com frequência, falar sobre suicídio reduz a ansiedade da pessoa acerca de pensamentos suicidas, ajuda a pessoa a se sentir compreendida e abre oportunidades para discutir melhor o problema.

Adultos e adolescentes com qualquer uma das condições mentais, neurológicas ou por uso de substâncias (MNS) abordadas neste guia correm risco de suicídio ou autolesão.

Queixas iniciais típicas de uma pessoa em risco de suicídio ou autolesão

Sentimento de extrema perturbação ou angústia

Desesperança ou tristeza profunda

Tentativas anteriores de autolesão (p. ex., envenenamento com pesticida, superdosagem de medicamento, lesões autoinfligidas).

Avaliação

Pergunta de avaliação 1: Houve alguma tentativa recente de suicídio ou autolesão?

- » Avalie se há:
 - ♦ **Envenenamento**, intoxicação por álcool/drogas, superdosagem de medicamento ou outro tipo de autolesão.
 - ♦ **Sinais que exigem tratamento médico com urgência**
 - Hemorragia de lesão autoinfligida.
 - Perda de consciência.
 - Letargia extrema.

Pergunta de avaliação 2: Há risco iminente de suicídio ou autolesão?

- » Pergunte à pessoa ou aos cuidadores sobre:
 - ♦ Pensamentos ou planos de suicídio (atualmente ou no último mês).
 - ♦ Atos de autolesão no último ano.
 - ♦ Acesso a meios de suicídio (p. ex., pesticidas, corda, armas, facas, medicamentos prescritos e drogas).
- » Investigue:
 - ♦ Sofrimento emocional ou desesperança intensos.
 - ♦ Comportamento violento ou agitação extrema.
 - ♦ Retraimento ou falta de disposição para se comunicar.
- » A pessoa é considerada em risco iminente de suicídio ou autolesão na presença de qualquer um destes critérios:
 - ♦ **Pensamentos**, planos ou atos de suicídio **atuais**.
 - ♦ **História de pensamentos ou planos** de autolesão no último mês ou atos de autolesão no último ano em uma pessoa que agora está extremamente agitada, violenta, aflita ou não comunicativa.

Pergunta de avaliação 3: Há condições concomitantes associadas ao suicídio ou autolesão?

- » Avalie e controle possíveis condições concomitantes:
 - ♦ Dor ou incapacidade crônica (p. ex., por lesões recentes sofridas durante a emergência humanitária)
 - ♦ Transtorno depressivo moderado a grave (>> **DEP**)
 - ♦ Psicose (>> **PSI**)
 - ♦ Uso prejudicial de álcool ou drogas (>> **SUB**)
 - ♦ Transtorno de estresse pós-traumático (>> **TEPT**)
 - ♦ Sofrimento emocional agudo (>> **AGU, LUT, OUT**).

Quadro SUI 1: Como falar de suicídio ou autolesão

1. Crie uma atmosfera segura e privada para a pessoa compartilhar pensamentos.

- » Não julgue a pessoa por ser suicida.
- » Ofereça-se para conversar com a pessoa sozinha ou acompanhada de outras pessoas que ela escolha.

2. Use uma série de perguntas em que qualquer resposta leve naturalmente a outra pergunta. Por exemplo:

- » [Comece com o presente] *Como você se sente?* *Você vai dormir desejando não acordar no dia seguinte?*
- » [Reconheça os sentimentos da pessoa] *Você parece triste/perturbado. Eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre isso.* *Você pensa em ferir a si mesmo?*
- » *Como você vê seu futuro? Quais são suas esperanças para o futuro?* *Tem algum plano para pôr fim à vida?*
- » *Algumas pessoas com problemas semelhantes me disseram que achavam que a vida não valia a pena.* *Nesse caso, como pretende fazer isso?*
- » *Você dispõe de meios para pôr fim à vida?*
- » *Pensou no momento para fazer isso?*
- » *Você já tentou o suicídio?*

3. Se a pessoa expressou ideias suicidas:

- » Mantenha uma atitude tranquila e de apoio.
- » Não faça promessas falsas.

Plano básico de manejo

1. Se a pessoa tentou suicídio, providencie a atenção médica, o monitoramento e o apoio psicossocial necessários

» Preste a atenção médica:

- ♦ Trate as pessoas com autolesão com o mesmo cuidado, respeito e privacidade reservados às outras pessoas. Não as puna.
- ♦ Trate a lesão ou intoxicação.
 - No caso de intoxicação aguda por pesticida, consulte *Manejo clínico da intoxicação aguda por pesticidas* (disponível em inglês) (OMS, 2008).
- ♦ No caso de superdosagem de um medicamento prescrito em que o medicamento ainda seja necessário, escolha o medicamento alternativo menos prejudicial. Se possível, prescreva o novo medicamento em quantidade suficiente apenas para um curto período (p. ex., alguns dias a 1 semana de cada vez) para evitar outra superdosagem.

» Monitore a pessoa continuamente durante o período de risco iminente de suicídio (ver orientação adiante)

- » Ofereça apoio psicossocial (ver orientação adiante).
- » Consulte um especialista em saúde mental, caso disponível.

2. Se houver risco iminente de suicídio ou autolesão, monitore e providencie apoio psicossocial

» Monitore a pessoa:

- ♦ Crie um ambiente sem risco e de apoio para a pessoa. Elimine todos os possíveis meios de autolesão/ suicídio e, se possível, ofereça um quarto separado e tranquilo. Entretanto, não deixe a pessoa sozinha. Mantenha **sempre** um cuidador ou membro da equipe com a pessoa.
- ♦ NÃO interne rotineiramente pessoas em serviços de saúde geral para prevenir atos de suicídio. O pessoal do hospital pode não ser capaz de monitorar suficientemente uma pessoa suicida. Entretanto, se for necessária a internação no serviço de saúde geral por causa das consequências médicas da autolesão, monitore a pessoa com atenção para prevenir atos subsequentes de autolesão no hospital.
- ♦ Qualquer que seja o local, providencie o monitoramento da pessoa 24 horas por dia até que não haja mais risco iminente de suicídio.

» Ofereça apoio psicossocial:

- ♦ NÃO comece oferecendo possíveis soluções para os problemas da pessoa. Em vez disso, tente inspirar esperança. Por exemplo:
 - *Muitas pessoas que estiveram em situações semelhantes — sentindo-se sem esperança, desejando estar mortas — descobriram depois que há esperança, e seus sentimentos melhoram com o tempo.*
- ♦ Ajude a pessoa a identificar motivos para continuar viva.
- ♦ Busquem juntos soluções para os problemas.
- ♦ Mobilize cuidadores, amigos, outras pessoas de confiança e recursos da comunidade para monitorar e apoiar a pessoa se houver risco iminente de suicídio. Explique sobre a necessidade de monitoramento 24 horas por dia. Cuide para que seja elaborado um plano concreto e viável (p. ex., quem está monitorando a pessoa em que horário do dia).
- ♦ Ofereça apoio psicossocial adicional conforme descrição nos Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social (>> *Princípios gerais de atenção*).
- » Consulte um especialista em saúde mental, caso disponível.

3. Cuide dos cuidadores segundo os Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social (>> Princípios gerais de atenção)

4. Mantenha contato e seguimento periódicos

- » Assegure-se de que haja um **plano concreto para as sessões de acompanhamento** e que os cuidadores assumam a responsabilidade pelo seguimento (>> *Princípios de manejo* em *Princípios gerais de atenção*).
- » Mantenha contato com a pessoa periodicamente (p. ex., por telefone, mensagens de texto ou visitas em domicílio).

- » Acompanhe com frequência no início (p. ex., a cada semana nos 2 primeiros meses) e diminua a frequência quando a pessoa melhorar (a cada 2–4 semanas).
- » Acompanhe enquanto persistir o risco de suicídio. A cada contato, inclua na rotina a avaliação de pensamentos e planos suicidas.

Outros Problemas

Importantes de Saúde Mental

OUT

Embora este guia aborde condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias (MNS) pertinentes em situações de crise humanitária, não abrange todas as condições de saúde mental que podem ocorrer. Portanto, o objetivo deste módulo é dar orientações básicas sobre o apoio inicial a adultos, adolescentes e crianças com problemas de saúde mental não abordados em outra parte deste guia.

Outros problemas de saúde mental são:

- a) diversos sintomas físicos que não têm causas físicas e
- b) alterações do humor e do comportamento que causam preocupação, mas não satisfazem plenamente os critérios para diagnóstico das condições abordadas em outros módulos deste guia.

Entre elas estão queixas relacionadas ao transtorno depressivo leve e diversas condições subclínicas.

Outros problemas de saúde mental são considerados *importantes* quando comprometem o funcionamento diário ou quando a pessoa busca ajuda por causa deles.

Pergunta de avaliação 1: Há uma causa física que explique completamente os sintomas iniciais?

- » Faça um exame físico geral seguido de exames médicos apropriados.
- » Institua o manejo de qualquer causa física identificada e reavalie se os sintomas persistem.

Pergunta de avaliação 2: É uma condição MNS abordada em outro módulo deste guia?

- » Exclua
 - ♦ **Sintomas importantes de estresse agudo (>> AGU)**
 - ▶ Características principais:
 - evento potencialmente traumático no último mês;
 - sintomas iniciados após o evento;
 - busca de ajuda para aliviar sintomas ou dificuldade considerável no funcionamento diário por causa dos sintomas.
 - ♦ **Sintomas importantes de luto (>> LUT)**
 - ▶ Características principais:
 - sintomas iniciados após uma grande perda;
 - busca de ajuda para aliviar sintomas ou dificuldade considerável no funcionamento diário por causa dos sintomas.
 - ♦ **Transtorno depressivo moderado a grave (>> DEP)**
 - ▶ Características principais (durante pelo menos 2 semanas):
 - humor deprimido persistente;
 - diminuição acentuada do interesse ou prazer nas atividades, principalmente naquelas antes consideradas agradáveis;
 - dificuldade considerável no funcionamento diário por causa dos sintomas.
 - ♦ **Transtorno de estresse pós-traumático (>> TEPT)**
 - ▶ Características principais:
 - evento potencialmente traumático ocorrido há mais de um mês;
 - pesadelos recorrentes, flashbacks* ou lembranças intrusivas* dos eventos, acompanhados de forte medo ou terror;
 - evitação deliberada de lembranças do evento;
 - sensação intensa de ameaça atual (preocupação e vigilância excessivas com relação a perigos ou reação intensa a ruídos fortes ou movimentos inesperados);
 - dificuldade considerável no funcionamento diário por causa dos sintomas.
 - ♦ **Uso prejudicial de álcool ou drogas (>> SUB)**
 - ▶ Característica principal:
 - uso de álcool ou drogas com danos a si próprio e/ou a outras pessoas.
 - ♦ **Suicídio/autolesão (>> SUI)**
 - ▶ Características principais:
 - autolesão atual; pensamentos e planos de suicídio atuais; ou
 - pensamentos, planos e atos recentes de autolesão em uma pessoa intensamente angustiada, agitada, não disposta a se comunicar ou retraída..
 - » Se houver suspeita de alguma das condições anteriores, consulte o módulo apropriado para avaliação e manejo.
 - » **Se 1) forem descartadas causas físicas, 2) forem descartadas as condições MNS supracitadas e 3) a pessoa estiver buscando ajuda para aliviar os sintomas ou tiver dificuldade considerável no funcionamento diário por causa dos sintomas, a pessoa tem *outro problema importante de saúde mental.***
 - ♦ Em geral, é necessário mais de uma consulta para descartar causas físicas e as condições MNS citadas anteriormente.

Pergunta de avaliação 3: Caso seja um adolescente, ele tem algum problema comportamental?

- » **Entreviste o adolescente e os cuidadores para avaliar problemas persistentes ou relacionados a problemas comportamentais.**
São exemplos:
 - ♦ início de ações violentas;
 - ♦ uso de drogas;
 - ♦ *bullying* ou comportamento cruel com colegas;
 - ♦ vandalismo;
 - ♦ comportamento sexual de risco.
- » Se o adolescente tiver um problema de comportamento, faça outras perguntas sobre:
 - ♦ Estressores extremos passados ou atuais (p. ex., abuso sexual).
 - ♦ Criação (disciplina irregular ou muito severa, apoio emocional limitado, monitoramento limitado, condição mental do cuidador).
 - ♦ O que ele faz na maior parte do tempo.
Pergunte:
 - ▶ (se o adolescente trabalha ou estuda)
O que você faz depois do trabalho/escola? Tem alguma atividade regular?
 - ▶ *Você se sente entediado com frequência? O que faz quando está entediado?*

Plano básico de manejo



**NÃO prescreva medicamentos para “outros problemas importantes de saúde mental” (exceto se orientado por um especialista).
NÃO administre injeções de vitamina nem outros tratamentos não efetivos.**

1. Em todos os casos (se a pessoa apresentar problemas emocionais, físicos ou comportamentais), ofereça apoio psicossocial básico conforme descrição nos *Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social* (>> *Princípios gerais de atenção*)

- » Aborde os estressores psicossociais atuais.
- » Fortaleça o apoio social.
- » Ensine a controlar o estresse.

2. Quando não for identificada nenhuma condição física que explique plenamente um sintoma somático, reconheça a realidade dos sintomas e ofereça possíveis explicações

- » NÃO solicite mais exames laboratoriais nem outros exames exceto se houver indicação médica clara (p. ex., sinais vitais anormais).
 - ♦ A solicitação de exames clínicos desnecessários pode reforçar a crença da pessoa de que tem um problema físico.
 - ♦ Exames clínicos podem ter efeitos colaterais adversos.
- » Informe à pessoa que não foi identificada nenhuma doença grave. Informe os resultados clínicos e laboratoriais normais.
 - ♦ *Não encontramos nenhum problema físico grave. Não vejo necessidade de fazer outros exames no momento.*
- » Se a pessoa insistir na realização de outros exames, considere a possibilidade de dizer:
 - ♦ *A realização de exames desnecessários pode ser prejudicial, porque podem causar preocupação desnecessária e efeitos colaterais.*
- » Reconheça que os sintomas não são imaginários e que ainda é importante abordar sintomas que causam considerável sofrimento.
- » Pergunte qual é a **explicação da própria** pessoa para os sintomas. Isso pode indicar a causa, melhorar a relação de confiança com a pessoa e aumentar a adesão ao manejo.
- » Explique que, com frequência, o sofrimento emocional/estresse provoca sensações físicas (dor no estômago, tensão muscular, etc.). Procure e discuta possíveis ligações entre as emoções/estresse e os sintomas da pessoa.
- » Incentive a continuação das atividades diárias (ou o retorno gradual a elas).
- » Lembre-se também de aplicar os Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social (>> *Princípios gerais de atenção*).

3. Caso seja um adolescente com problemas de comportamento

- » Reserve tempo para escutar a ideia que o próprio adolescente faz do problema (de preferência, sem a presença dos cuidadores).
- » Ofereça **psicoeducação** ao adolescente e seus cuidadores. Explique o seguinte:
 - ♦ Às vezes, os adolescentes têm comportamentos problemáticos quando estão irritados, entediados, ansiosos ou tristes. Eles necessitam de atenção e apoio contínuo apesar do comportamento.
 - ♦ Os cuidadores devem fazer todo o possível para se comunicar com o adolescente, ainda que seja difícil.
 - ♦ Mensagens específicas para os cuidadores:
 - ▶ *Procure identificar atividades positivas e agradáveis que vocês possam fazer juntos.*
 - ▶ *Seja coerente com relação ao que o adolescente tem ou não permissão para fazer.*
 - ▶ *Elogie ou recompense o adolescente por bons comportamentos e corrija apenas os comportamentos mais problemáticos.*
 - ▶ *Nunca aplique castigos físicos. Use mais elogios por bom comportamento do que castigos por mau comportamento.*
- ▶ **Não confronte o adolescente quando você estiver muito chateado. Espere até se acalmar.**
- ♦ Pontos específicos de discussão com o adolescente:
 - ▶ Há maneiras saudáveis de lidar com a monotonia, o estresse ou a raiva (p. ex., praticar atividades relaxantes, praticar atividades físicas, participar de atividades na comunidade).
 - ▶ Conversar com pessoas de confiança sobre o fato de se sentir irritado, entediado, ansioso ou triste pode ser útil.
 - ▶ O álcool e outras substâncias podem piorar os sentimentos de raiva e depressão e devem ser evitados.
- » Promova a participação em:
 - ♦ educação formal e informal;
 - ♦ atividades concretas, objetivas, de interesse comum (p. ex., construção de abrigos);
 - ♦ programas organizados de esportes.
- » Lembre-se também de aplicar os Princípios de redução do estresse e fortalecimento do apoio social (>> *Princípios gerais de atenção*) a esse grupo de adolescentes e seus cuidadores.

4. Seguimento

- » Oriente a pessoa a voltar se os sintomas persistirem, piorarem ou se tornarem intoleráveis.
- » Se não houver melhora ou se a pessoa ou o cuidador insistir em outros exames e tratamento, consulte um especialista.

1. Epilepsia/crises epilépticas

Uma pessoa com epilepsia tem pelo menos 2 episódios de crise epiléptica sem causa evidente, como febre, infecção, lesão ou síndrome de abstinência de álcool. Esses episódios são caracterizados por perda de consciência com agitação dos membros e, às vezes, estão associados a lesões físicas, incontinência fecal/urinária e mordedura da língua.

2. Transtorno por uso de álcool ou outra substância

Uma pessoa com esse transtorno busca consumir álcool ou outras substâncias causadoras de adição e tem dificuldades para controlar o consumo. Com frequência, há deterioração das relações pessoais, do desempenho no trabalho e da saúde física. A pessoa continua a consumir álcool ou outras substâncias causadoras de adição apesar desses problemas.

3. Deficiência intelectual

A pessoa tem inteligência muito baixa, o que causa problemas na vida cotidiana. Na infância, demora a falar. Na vida adulta, pode trabalhar se as tarefas forem simples. Raras vezes consegue viver com independência ou cuidar de si mesma e/ou dos dependentes sem ajuda. Quando a deficiência é grave, a pessoa pode ter dificuldade para falar e compreender os outros, com necessidade de assistência constante.

4. Transtorno psicótico (inclusive mania)

A pessoa pode ouvir ou ver algo que não esteja presente ou acreditar firmemente em coisas que não são verdadeiras. Pode falar sozinha, o discurso pode ser confuso ou incoerente e a aparência, estranha. Pode descuidar de si própria. Pode ainda haver períodos em que se sente extremamente feliz, irritável, ativa, loquaz e imprudente. Outras pessoas da mesma cultura consideram o comportamento "louco" ou muito estranho. Essa categoria abrange a psicose aguda, a psicose crônica, a mania e o *delirium*.

5. Transtorno emocional/depressão moderada a grave

Há comprometimento acentuado do funcionamento normal diário da pessoa por mais de 2 semanas em razão de a) enorme tristeza/apatia e/ou b) ansiedade/temor exagerado, incontrolável. Com frequência, são afetadas as relações pessoais, o apetite, o sono e a concentração. A pessoa pode se queixar de fadiga intensa e se isolar socialmente, muitas vezes passando grande parte do dia na cama. O pensamento suicida é comum.

Essa categoria inclui pessoas com formas incapacitantes de depressão, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (caracterizado por revivência, evitação e hiperexcitabilidade). Quadros mais leves desses transtornos são classificados como "outras queixas psicológicas".

6. Outras queixas psicológicas

Essa categoria abrange queixas relacionadas com as emoções (p. ex., humor deprimido, ansiedade), os pensamentos (p. ex., ruminação, concentração deficiente) ou o comportamento (p. ex., inatividade, agressão, evitação).

A pessoa tende a ser capaz de funcionar na maioria das atividades normais do dia a dia. A queixa pode ser sintoma de um transtorno emocional menos grave (p. ex., formas leves de depressão, de transtorno de ansiedade ou de transtorno de estresse pós-traumático) ou pode representar angústia normal (ou seja, sem transtorno).

Crítérios de inclusão: essa categoria só deve ser aplicada se a) se a pessoa estiver buscando ajuda por causa da queixa e b) se a pessoa não for positiva para nenhuma das 5 categorias supracitadas.

7. Queixa somática sem explicação médica

Esta categoria abrange qualquer queixa somática ou física sem causa orgânica evidente.

Crítérios de inclusão: a categoria só deve ser aplicada a) depois de realizar os exames físicos necessários, b) se o resultado não for positivo para nenhuma das 6 categorias anteriores e c) se a pessoa estiver buscando ajuda por causa da queixa.

Ascite	Acúmulo anormal de líquido no abdome, por diversas causas.
Acatisia	Sentimento subjetivo de inquietude, com frequência acompanhada da observação de movimentos excessivos (por exemplo, movimentos inquietos das pernas, apoio alternado em um pé e no outro, passadas de um lado a outro, incapacidade de permanecer parado sentado ou de pé).
Aconselhamento para a solução de problemas	Tratamento psicológico que inclui o uso sistemático de técnicas de identificação e solução de problemas durante várias sessões.
Alucinação	Falsa percepção da realidade: ver, ouvir, perceber e sentir o cheiro ou o sabor de coisas que não são reais.
Anfetaminas	Grupo de fármacos que têm efeito estimulante do sistema nervoso central. Podem aumentar o estado de alerta mental e o sentimento de estar desperto. Podem ser usadas no tratamento de alguns problemas de saúde, mas também são drogas de abuso que provocam alucinações, depressão e efeitos cardiovasculares.
Anormalidade metabólica	Anormalidade dos hormônios, minerais, eletrólitos ou vitaminas do corpo.
Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)	Grupo de fármacos que suprimem a inflamação. São usados com frequência para alívio da dor (p. ex., o ibuprofeno é um AINE).
ATC	Antidepressivos tricíclicos: classe de medicamentos antidepressivos que bloqueiam a recaptação dos neurotransmissores noradrenalina e serotonina. Entre os exemplos estão a amitriptilina e a clomipramina.
Ativação comportamental	Tratamento psicológico que se concentra na melhoria do humor pela retomada de atividades com finalidade específica e que costumavam ser agradáveis, apesar do humor deprimido atual. Pode ser usada como tratamento independente, mas também é um componente da terapia cognitivo comportamental.
Autolesão	Intoxicação ou lesão autoinfligida intencional, com ou sem intenção ou desfecho fatal.
Automedicação	Autoadministração de álcool ou drogas (incluindo medicamentos prescritos), para aliviar problemas físicos ou psicológicos, sem consultar um profissional de saúde.
Benzodiazepínicos	Classe de medicamentos com propriedades sedativa (indutora do sono), ansiolítica, anticonvulsivante e relaxante muscular.
Cânabis	Termo genérico usado para designar partes da planta do cânhamo, da qual são derivados a maconha, o haxixe e o óleo de haxixe. Estas são fumadas ou ingeridas para induzir euforia, relaxamento e alteração da percepção. Podem aliviar a dor. Os efeitos prejudiciais incluem desmotivação, agitação e paranoia.
Choque	Condição de colapso do sistema circulatório em decorrência de infecção ou outras toxinas, na qual a pressão arterial pode cair a um nível incompatível com a sobrevivência. Os sinais incluem pressão arterial baixa ou indetectável, pele fria, pulso fraco ou ausente, dificuldade respiratória e alteração do nível de consciência.
Cognitivo	Designação de processos mentais associados ao pensamento, entre os quais estão o raciocínio, a memória, o juízo, a solução de problemas e o planejamento.
Comportamento regressivo	Comportamento impróprio para o estágio de desenvolvimento da criança, mas que seria apropriado se ela fosse mais nova. Entre os exemplos comuns estão a enurese noturna e agarramento em crianças.
Crise epiléptica	Episódio de disfunção encefálica causada por descargas elétricas anormais.
Deficiência de iodo	Condição em que o corpo carece do iodo necessário para a produção normal de hormônio tireoideano, o que afeta o crescimento e o desenvolvimento.
Delírio	Crença fixa contrária às evidências disponíveis. Não pode ser modificado por argumento racional e não é aceito por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (ou seja, não é um elemento da fé religiosa).
Delirium	Estado mental flutuante transitório caracterizado por perturbação da atenção (diminuição da capacidade de direcionar, concentrar, manter e desviar a atenção) e da consciência (diminuição da orientação no espaço) que ocorre durante um curto período e tende a variar no decorrer do dia. É acompanhado de (outros) distúrbios da percepção, da memória, do pensamento, das emoções ou das funções psicomotoras. Pode ter causas orgânicas agudas, como infecções, medicamentos, anormalidades metabólicas, intoxicação por substância ou abstinência de substância.

¹⁰ Os termos do glossário são indicados por asterisco * no texto.

¹¹ As definições operacionais incluídas neste glossário destinam-se ao uso somente dentro do escopo e do contexto da publicação *Guia de Intervenções Humanitárias mhGAP (GIH-mhGAP): manejo clínico de condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias em emergências humanitárias* (OMS e ACNUR, 2015).

Dependência	As pessoas são dependentes de uma substância (drogas, álcool ou tabaco) quando desenvolvem sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos desconfortáveis na sua ausência. Esses sintomas de abstinência levam à busca de mais substância. Elas não conseguem controlar o uso da substância e continuam apesar das consequências adversas.
Depressão da medula óssea	Supressão da função da medula óssea, que pode causar deficiência na produção de células do sangue.
Depressão respiratória	Frequência respiratória muito baixa, que acarreta oxigenação insuficiente. Entre as causas comuns estão a lesão encefálica e a intoxicação (p. ex., por benzodiazepínicos).
Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR, na sigla em inglês)	Tratamento psicológico com base na ideia de que pensamentos, sentimentos e comportamentos negativos são consequências de lembranças não processadas de eventos traumáticos. O tratamento consiste em procedimentos padronizados que abrangem a concentração simultânea em (a) associações de imagens, pensamentos, emoções e sensações corporais traumáticas e (b) estimulação bilateral, na maioria das vezes na forma de movimentos oculares repetidos.
Efeitos colaterais extrapiramidais	Anormalidades do movimento muscular, causadas principalmente por medicamentos antipsicóticos. Incluem tremor muscular, rigidez, espasmos ou acatisia.
Encefalopatia hepática	Estado mental anormal que inclui sonolência, confusão ou coma causado por disfunção hepática.
Esteroides	Grupo de hormônios disponíveis como medicamento com importantes funções, incluindo a supressão de reações inflamatórias a infecções, toxinas e outros distúrbios imunes. Entre os exemplos de esteroides estão: glicocorticoides (p. ex., prednisolona) e contraceptivos hormonais.
Evento potencialmente traumático	Qualquer evento ameaçador ou aterrorizante, como sofrer violência física ou sexual, ser testemunha de atrocidades, a destruição da moradia da pessoa ou sofrer grandes acidentes ou lesões. A consideração desse tipo de evento como traumático ou não dependerá da resposta emocional da pessoa.
Flashback	Episódio em que a pessoa acredita e atua por um momento como se voltasse ao momento do evento, revivendo-o. As pessoas que têm flashbacks perdem momentaneamente o contato com a realidade, em geral por alguns segundos ou minutos.
Hipertireoidismo	Condição na qual a glândula tireoide produz e secreta quantidades excessivas de hormônios tireoidianos. Alguns sintomas dessa condição, como <i>delirium</i> , tremor, hipertensão e aumento da frequência cardíaca, podem ser confundidos com a síndrome de abstinência alcoólica.
Hiperventilação	Respiração anormalmente rápida, com consequente hipocapnia (quantidade muito baixa de CO ₂ no sangue). Pode causar sintomas característicos de dormência ou formigamento nos dedos e ao redor da boca, dor no peito e tontura.
Hipoglicemia	Diminuição anormal da concentração de glicose (açúcar) no sangue.
Hiponatremia	Diminuição anormal da concentração de sódio (sal) no sangue.
Hipotensão ortostática	Queda súbita da pressão arterial que pode ocorrer ao passar da posição deitada para a sentada ou de pé, que geralmente causa sensação de atordoamento ou tontura. Não ameaça a vida.
Hipotireoidismo	Diminuição anormal da atividade da tireoide. Em adultos, causa diversos sintomas, como fadiga, letargia, aumento de peso e humor deprimido, que podem ser confundidos com depressão. Se presente ao nascer e não tratado, pode levar à deficiência intelectual e deficiência do crescimento.
Interação medicamento-doença	Situação em que um medicamento prescrito para tratar uma condição de saúde afeta outra condição de saúde na mesma pessoa.
Interação medicamentosa	Situação em que dois medicamentos tomados pela mesma pessoa interagem entre si, com alteração do efeito de um ou de ambos. As interações incluem diminuição do efeito de um medicamento, intensificação ou aceleração de um efeito, ou ainda efeito tóxico.
Irritação meníngea	Irritação das camadas de tecido que cobrem o encéfalo e a medula espinal, geralmente causada por infecção.
ISRS	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina: classe de antidepressivos que atuam por bloqueio seletivo da recaptação de serotonina. A serotonina é um mensageiro químico (neurotransmissor) encefálico que supostamente afeta o humor. A fluoxetina é um ISRS.
Khat	Folhas do arbusto <i>Catha edulis</i> , que contém uma substância estimulante. É usada tanto como droga recreativa quanto como droga de abuso e pode criar dependência.
Lembranças intrusivas	Lembranças recorrentes, indesejadas e angustiantes de um evento traumático.
Luto	Processos pelos quais uma pessoa que perdeu um ente querido dá atenção, se despede e reverencia o morto, tanto em particular quanto em público. Em geral, o luto inclui rituais como funerais e comportamentos habituais, como trocar de roupa, permanecer em casa e guardar jejum.
Midríase/miose	A pupila (parte negra do olho) é a abertura no centro da íris que controla a entrada de luz no olho. Normalmente, as pupilas se contraem (miose) na presença de luz, para proteger a parte posterior do olho, e se dilatam (midríase) no escuro, para permitir a máxima entrada de luz no olho. A midríase ou miose pode ser um sinal de que a pessoa está sob a influência de drogas.

Necrólise epidérmica tóxica	Desprendimento da pele que pode ser fatal e geralmente é causado por reação a um medicamento ou por infecção. Semelhante à síndrome de Stevens-Johnson, porém mais grave.
Neuroinfecção	Infecção do encéfalo ou da medula espinal.
Opiáceo	Narcótico derivado da papoula. Os opiáceos são analgésicos muito efetivos, mas podem causar adição e criar dependência. A heroína é um opiáceo.
Paralisia cerebral	Perturbação das capacidades motoras e intelectuais causadas por dano precoce permanente do cérebro em desenvolvimento.
Paralisia clinicamente inexplicável	Perda parcial ou total da força em qualquer parte do corpo sem causa orgânica identificável.
Politerapia	Administração simultânea de mais de um medicamento para tratar a mesma condição.
Primeiros cuidados psicológicos (PCP)	Prestação de cuidados de apoio a pessoas angustiadas que foram recentemente expostas a um evento de crise. Os cuidados abrangem a avaliação das necessidades e preocupações imediatas; a garantia de satisfação das necessidades físicas básicas imediatas; a oferta ou mobilização de apoio social; e a proteção contra danos adicionais.
“Pseudocrise epiléptica”	Um episódio que parece ser uma crise epiléptica, mas na realidade não é. Pode ser muito semelhante à crise epiléptica em termos de alterações de consciência e movimentos, embora seja raro haver mordedura de língua, equimoses intensas por queda e incontinência urinária. Nesses episódios não há a atividade elétrica das crises epilépticas. Os sintomas não são causados por uma condição neurológica ou por efeitos diretos de uma substância ou medicamento. Nas propostas da CID-11, esses episódios estão incluídos no transtorno dissociativo motor.
Reabilitação baseada na comunidade (RBC)	Conjunto de intervenções prestadas mediante uma estratégia multissetorial na comunidade, com uso de recursos e instituições comunitários disponíveis. O objetivo é a reabilitação por melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência e suas famílias, atendimento das necessidades básicas e garantia de inclusão e participação.
Rolamento em bloco	Método para virar uma pessoa de um lado para outro sem flexionar o pescoço ou as costas, a fim de prevenir a lesão da medula espinal.
Sepse	Condição, que pode ser fatal, causada por infecção grave, com sinais como febre, perturbação do sistema circulatório e disfunção de órgãos.
Síndrome de Down	Condição genética causada pela presença de um cromossomo 21 extra. Está associada a vários graus de deficiência intelectual, atraso do crescimento físico e aspectos faciais característicos.
Síndrome de Stevens-Johnson	Afecção cutânea potencialmente fatal caracterizada por doloroso desprendimento da pele e por úlceras, bolhas e crostas nos tecidos mucocutâneos como boca, lábios, orofaringe, língua, olhos e órgãos genitais, às vezes acompanhados de febre. A causa mais frequente é a reação grave a medicamentos, sobretudo antiepilépticos.
Síndrome neuroléptica maligna	Condição rara, mas potencialmente fatal causada por medicamentos antipsicóticos e caracterizada por febre, <i>delirium</i> , rigidez muscular e hipertensão arterial.
Suicídio	O ato de causar deliberadamente a própria morte.
Técnicas de solução de problemas	Técnicas que incluem o trabalho em conjunto com uma pessoa para apresentar soluções e estratégias para enfrentamento de problemas identificados, priorizando-os e discutindo como implementar essas soluções e estratégias. No Manual mhGAP, usa-se o termo “aconselhamento para a solução de problemas” quando essas técnicas são empregadas sistematicamente durante algumas sessões.
Terapia cognitivo-comportamental (TCC)	Tratamento psicológico que combina componentes cognitivos (com o objetivo de mudar o modo de pensar, por exemplo, mediante a identificação e o questionamento de pensamentos negativos infundados) e componentes de comportamento (com o objetivo de mudar a maneira de agir, por exemplo, mediante a ajuda para que a pessoa faça atividades mais recompensadoras).
Terapia cognitivo-comportamental com foco em trauma (TCC-T)	Tratamento psicológico com base na ideia de que as pessoas expostas a um evento traumático têm pensamentos e crenças inúteis relacionados ao evento e suas consequências. Esses pensamentos e crenças acarretam a evitação inútil das lembranças do evento e a sensação de ameaça atual. Em geral, o tratamento inclui a exposição a essas lembranças e o questionamento de pensamentos ou crenças inúteis relacionados ao trauma.
Terapia interpessoal (TIP)	Tratamento psicológico que se concentra na conexão entre sintomas depressivos e problemas interpessoais, sobretudo os que envolvem luto, conflitos, isolamento social e grandes mudanças de vida.
Tolerância	Diminuição do efeito de uma droga quando usada na mesma dose. Resulta da habituação do organismo à droga em razão do consumo repetido. A pessoa tem necessidade de doses maiores para obter o mesmo efeito.
Tramadol	Opioide prescrito para alívio da dor. Às vezes, há uso indevido porque induz sensação de euforia (a pessoa se sente “alta” ou alegre).
Transtorno bipolar	Transtorno mental grave caracterizado por alternância de episódios maníacos e depressivos.
Tremor	Movimentos de estremeção ou agitação, geralmente dos dedos das mãos.
Urosepse	Sepse causada por infecção urinária.

Anexo 3: Índice de sintomas

Ansiedade	Estresse agudo (AGU) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP) Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) Psicose (PSI) Uso prejudicial de álcool e drogas (SUB)
Alucinações	Psicose (PSI) Uso prejudicial de álcool e drogas (SUB)
Autolesão	Suicídio (SUI)
Baixo interesse, prazer	Estresse agudo (AGU) Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP)
Concentração reduzida	Estresse agudo (AGU) Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP) Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) Uso prejudicial de álcool e drogas (SUB)
Confusão	Psicose (PSI) Epilepsia/crises epiléticas (EPI) Uso prejudicial de álcool e drogas (SUB)
Crises epiléticas, convulsões	Epilepsia/crises epiléticas (EPI) Uso prejudicial de álcool e drogas (SUB)
Delírios	Psicose (PSI)
Desesperança	Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP) Suicídio (SUI)
Dificuldade para realizar as atividades habituais	Estresse agudo (AGU) Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP) Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) Psicose (PSI) Deficiência intelectual (DI) Uso prejudicial de álcool e drogas (SUB)
Enurese noturna	Estresse agudo (AGU) Deficiência intelectual (DI)
Falta de higiene	Psicose (PSI) Deficiência intelectual (DI) Uso prejudicial de álcool e drogas (SUB)
Flashbacks	Estresse agudo (AGU) Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)
Hiperventilação	Estresse agudo (AGU)
Incontinência	Epilepsia/crises epiléticas (EPI) Deficiência intelectual (DI)
Insônia	Estresse agudo (AGU) Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP) Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) Uso prejudicial de álcool e drogas (SUB)

Irritabilidade	Estresse agudo (AGU) Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP) Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) Uso prejudicial de álcool e drogas (SUB)
Lembranças intrusivas	Estresse agudo (AGU) Luto (LUT) Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)
Perda de energia	Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP)
Problema de apetite	Estresse agudo (AGU) Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP)
Problema de aprendizagem	Deficiência intelectual (DI)
Retraimento social	Estresse agudo (AGU) Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP) Psicose (PSI)
Sintomas físicos inexplicáveis	Estresse agudo (AGU) Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP) Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)
Tristeza	Luto (LUT) Transtorno depressivo moderado a grave (DEP)

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
REGIONAL PARA AS
Américas



**UNHCR
ACNUR**

Agência da ONU para Refugiados

Em situações de emergência humanitária, todo estabelecimento de saúde geral deve ter pelo menos um membro da equipe de saúde supervisionado capaz de fazer a avaliação e o manejo de condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias.

O *Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP)* é um recurso simples e prático cujo objetivo é garantir que essa meta seja alcançada.



Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental

