



**PREFEITURA DE  
FLORIANÓPOLIS**  
SAÚDE

# **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 8**

## **CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

**ENFERMAGEM**

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

**ACOLHIMENTO E CUIDADO À PESSOA EM SOFRIMENTO  
PSÍQUICO E/OU EM USO DE ÁLCOOL**

**Florianópolis, novembro de 2024**

**Versão 1.0**

# **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 8**

## **ENFERMAGEM** Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis **CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

**ACOLHIMENTO E CUIDADO À PESSOA EM SOFRIMENTO  
PSÍQUICO E/OU EM USO DE ÁLCOOL**

**Prefeito**

Topázio Neto

**Secretário de Saúde**

Almir Adir Gentil

**Secretário Adjunto**

Humberto João dos Santos

**Diretor de Atenção à Saúde**

Matheus Pacheco de Andrade

**Gerente de Atenção Primária à Saúde**

Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica

**Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)**

Elizimara Ferreira Siqueira

**Autores**

Ana Maria Bim Gomes  
Daymée Taggesell de Córdova  
Fernanda de Conto  
Larissa da Cunha Dias  
João Marcos Emerenciano

**Colaboradores**

Alessandra de Quadra Esmeraldino  
Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica  
Caren Cristina Della Mía Fonseca  
Caroline Schweitzer de Oliveira  
Cilene Fernandes Soares  
Dalton Henrique Cordeiro Espindola  
Fernanda Paese  
Guilherme Mortari Belaver  
Jadson Jovaert Mota Kreis  
Julia Maria de Souza

Juliana Cipriano Braga Silva  
Juliana Reinert Maria  
Laura Denize Reboa Castillo Lacerda  
Leila B. B. de A. Ferreira  
Lívia Crespo Drago  
Luis Ramon Sousa do Nascimento  
Marcel Canedo Gomes da Silva  
Milena Pereira  
Vinicius Paim Brasil



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt_BR). Acesse a cópia desta licença:  
[https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt_BR)

**Como citar este documento:** FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 8 – Cuidado em saúde mental: acolhimento e cuidado à pessoa em sofrimento psíquico e/ou em uso de álcool. Florianópolis, 2024. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>

## APRESENTAÇÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atendimento a pessoas em sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. O Município de Florianópolis vem buscando estruturar dispositivos na RAPS que atuem como unidades integradas que sejam promotoras de cuidado, seja através de boas práticas assistenciais ou ainda por meio das articulações intersetoriais tão importantes na área da saúde mental.

A base da RAPS, a Atenção Primária em Saúde possui um papel fundamental no cuidado da saúde mental, sendo a absoluta maioria das vezes a porta de entrada das pessoas em sofrimento psíquico. Além da APS, outros pontos da rede municipal são de extrema importância tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e as estruturas de atenção especializada, as quais se articulam, traçando assim uma rede de cuidado.

O profissional enfermeiro é um ator fundamental na RAPS uma vez que tem habilidades que o tornam um grande promotor de cuidado nos serviços, assim como um articulador nato tanto para a identificação de problemas, manejo e encaminhamento nos cuidados de saúde com a rede intersetorial.

Assim sendo, a implementação de um protocolo de enfermagem com ênfase em saúde mental colabora para o fortalecimento de uma organização do cuidado de qualidade, baseada em evidências, que permite que o enfermeiro em seu campo de prática possa ofertar uma assistência mais efetiva e segura.

Outro ganho importante é a definição dos padrões assistenciais, que contribuem para homogeneidade das ofertas em saúde mental disponível na rede municipal, tornando as respostas dos enfermeiros

A construção de um protocolo de enfermagem para a área de saúde mental é uma resposta a um desafio global e crescente: oferecer assistência humanizada a pessoas em situação de sofrimento psíquico e ou uso abuso de álcool e outras substâncias.

Este material tem como objetivo guiar os enfermeiros, proporcionando-lhes as ferramentas e diretrizes necessárias para identificar, acolher e tratar, de forma ética e sensível, pacientes que enfrentam desafios relacionados à saúde mental e ao uso de substâncias. Espera-se que, com a adoção deste protocolo, os enfermeiros possam não apenas fortalecer suas competências técnicas, mas também aprofundar sua prática, garantindo um cuidado integral e respeitoso que prioriza a segurança e o bem-estar do paciente. Compreendemos que a prática do enfermeiro junto a saúde mental tem um potencial transformador para as pessoas assistidas, para as instituições de saúde e para o Sistema Único de Saúde.

O Protocolo de Enfermagem Volume 8: Cuidado em Saúde Mental – Acolhimento e Cuidado à Pessoa em Sofrimento Psíquico e/ou em Uso de Álcool, para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem), sendo válido como protocolo institucional.

**Almir Adir Gentil**

Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

## SUMÁRIO

<b>1 – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL</b>	<b>10</b>
<b>2 – CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS A PARTIR DA AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA CONSULTA DE ENFERMAGEM</b>	<b>12</b>
<b>3 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL E O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO NOS DIVERSOS DISPOSITIVOS DA RAPS</b>	<b>13</b>
3.1 – TRANSTORNO MENTAL COMUM	13
3.2 – TRANSTORNO MENTAL GRAVE E PERSISTENTE	13
<b>4 – CONSULTA DE ENFERMAGEM E AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL</b>	<b>16</b>
4.1 – EXAME FÍSICO E DO ESTADO MENTAL	18
<b>5 – ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL</b>	<b>22</b>
5.1 – GERENCIAMENTO DO ESTRESSE	22
5.2 – COMPORTAMENTO SUICIDA	23
<b>5.2.1 – Avaliação do indivíduo com comportamento suicida</b>	<b>23</b>
<b>5.2.2 – Plano de segurança para prevenção do suicídio</b>	<b>25</b>
5.2.2.1 – Fornecimento de medicamentos no usuário com alto risco de suicídio	26
<b>5.2.3 – Compartilhamento do cuidado segundo grau de risco de suicídio</b>	<b>26</b>
5.3 – MANEJO DA PESSOA EM CRISE	28
<b>5.3.1 – Intervenção em crise</b>	<b>29</b>
<b>5.3.2 – Uso de medicação no manejo da crise</b>	<b>33</b>
<b>6 – FERRAMENTAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL</b>	<b>34</b>
6.2 – INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS AVANÇADAS	38
<b>6.2.1 – Terapia de Reatribuição de Sintomas</b>	<b>38</b>
<b>6.2.3 – Terapia de Resolução de Problemas</b>	<b>39</b>
6.3 – USO DE MEDICAMENTOS	40
<b>6.3.1 – Acesso aos medicamentos</b>	<b>41</b>
<b>7 – ABORDAGEM AO CONSUMO E AOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL</b>	<b>46</b>
7.1 – AVALIAÇÃO INICIAL DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM	46
7.2 – RASTREAMENTO	48
7.3 – INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA COM SUPORTE DO AUDIT	51

<b>7.3.1 – Intervenção breve (<i>Brief intervention</i>)</b>	<b>55</b>
<b>7.3.2 – Avaliação do Estágio Motivacional</b>	<b>58</b>
7.4 – ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO ( <i>REFERRAL TO TREATMENT</i> )	61
7.5 – REDUÇÃO DE DANOS	62
7.6 – INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA	63
7.7 – SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DO ÁLCOOL (SAA)	64
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO I - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO II – TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO MUSCULAR</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO III – CONSTRUÇÃO DO GENOGRAMA</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO IV – EXEMPLO DE GENOGRAMA</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO V – EXEMPLO DE SÍMBOLOS UTILIZADOS NO ECOMAPA</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO VI – ESCALA DE COMA DE XEMPLO DE SÍMBOLOS UTILIZADOS NO ECOMAPA</b>	<b>84</b>

**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.1 – Níveis de atenção</b>	<b>10</b>
<b>Quadro 3.1 – Características clínicas e dispositivos</b>	<b>14</b>
<b>Quadro 4.1 – Avaliação em Saúde Mental</b>	<b>16</b>
<b>Quadro 4.2 – Fatores a considerar na avaliação de saúde mental</b>	<b>18</b>
<b>Quadro 4.3 – Exame Físico</b>	<b>19</b>
<b>Quadro 4.4 – Avaliação geral do estado mental</b>	<b>20</b>
<b>Quadro 4.5 – Avaliação das funções psíquicas</b>	<b>21</b>
<b>Quadro 5.1 – Avaliação de risco de suicídio</b>	<b>23</b>
<b>Quadro 5.2 – Questionamentos para avaliação de intencionalidade suicida</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 5.3 – Classificação de risco conforme avaliação de intencionalidade</b>	<b>25</b>
<b>Quadro 5.4 – Estrutura de plano de segurança</b>	<b>25</b>
<b>Quadro 5.5 – Aspectos a serem considerados na avaliação da crise e sua intensidade</b>	<b>28</b>
<b>Quadro 5.6 – Ações a serem realizadas durante o manejo de crise</b>	<b>29</b>
<b>Quadro 5.7 – Manejo da pessoa agitada/hostil/agressiva</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 5.8 – Contenção Mecânica</b>	<b>32</b>
<b>Quadro 5.9 – Medicamentos disponíveis na rede / maleta de emergência</b>	<b>33</b>
<b>Quadro 6.1 – Intervenções Psicossociais de Baixa Complexidade</b>	<b>35</b>
<b>Quadro 6.2 – Etapas da terapia de reatribuição dos sintomas</b>	<b>39</b>
<b>Quadro 6.3 – Etapas da terapia de resolução de problemas</b>	<b>39</b>
<b>Quadro 6.4 – Psicofármacos disponíveis na REMUME para retirada em Farmácias de Referência</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 6.5 – Relação de psicofármacos disponíveis via CEAF/SC</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 7.1 – Entendendo as definições de dose padrão e demais categorias de consumo de álcool</b>	<b>46</b>
<b>Quadro 7.2 – Classificação do padrão de uso de substâncias psicoativas no geral</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 7.3 – Teste AUDIT - versão completa</b>	<b>50</b>
<b>Quadro 7.4 – Interpretação dos resultados do AUDIT e os Cuidados de enfermagem</b>	<b>51</b>
<b>Quadro 7.5 – Principais características das intervenções breves</b>	<b>55</b>
<b>Quadro 7.6 – Método FRAMES</b>	<b>56</b>

<b>Quadro 7.7 – Estratégias aplicadas para atingir os objetivos da IB</b>	<b>58</b>
<b>Quadro 7.8 – Estágios motivacionais e condutas de enfermagem</b>	<b>59</b>
<b>Quadro 7.9 – Etapas da abordagem <i>SBIRT</i> para o consumo de álcool</b>	<b>61</b>
<b>Quadro 7.10 – Estratégias de RD</b>	<b>62</b>
<b>Quadro 7.11 – Critérios de diagnóstico para intoxicação por álcool</b>	<b>63</b>
<b>Quadro 7.12 – Condutas da Enfermagem frente ao quadro de intoxicação aguda por álcool</b>	<b>64</b>
<b>Quadro 7.13 – Escala CIWA-Ar</b>	<b>65</b>
<b>Quadro 7.14 – Critérios de diagnóstico de SAA</b>	<b>66</b>
<b>Quadro 7.15 – Contraindicações para tratamento da SAA/desintoxicação em unidade de atenção primária</b>	<b>67</b>
<b>Quadro 7.16 – Condutas básicas de Enfermagem frente ao quadro de SAA Leve a Moderada</b>	<b>67</b>

**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

<b>Fluxograma 1.1 – Compartilhamento do cuidado segundo risco de suicídio</b>	<b>27</b>
<b>Fluxograma 7.1 – Rastreamento de consumo de álcool</b>	<b>49</b>



**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Guia rápido das intervenções em crise

30



## 1 – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A RAPS configura-se como um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Possui enfoque em um cuidado integral e longitudinal promovido por meio da articulação entre de diferentes pontos de atenção à saúde, de níveis de complexidade e densidade tecnológica distintos (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foram criadas pela Portaria 3088/2011 que, atualmente, compõe a Portaria de Consolidação n. 3/2017 (BRASIL 2011b; BRASIL, 2017). Desde a Portaria 4.279/2010 que criou a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o Decreto 7.508/2011 que reorganizou a RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o ponto de atenção central e organizador da rede de cuidados em saúde mental, possuindo competências e atribuições específicas no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico (BRASIL 2010; BRASIL 2011a).

O modelo de atenção proposto na PNSM é o da Atenção Psicossocial (AP), que prevê uma compreensão multifatorial para o sofrimento, um cuidado centrado nas necessidades da pessoa, multidisciplinar e interprofissional, livre de estigmas e preconceitos, com diversificação das estratégias de cuidado que promovam autonomia, compartilhamento de decisões, com foco na pessoa (e não na doença) e na Redução de Danos (RD) (BRASIL 2011; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017; COSTA-ROSA, 2013). A APS por estar próxima dos territórios, pessoas, famílias e dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), tem uma capacidade maior de avaliação dos sofrimentos e seus fatores.

Para conhecimento e contato, segue a atual RAPS de Florianópolis:

**Quadro 1.1 – Níveis de atenção**

EQUIPAMENTO	DESCRIÇÃO
CENTROS DE SAÚDE	“Considerada porta de entrada no SUS. Devem identificar precocemente as pessoas que apresentam sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aqueles em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Também devem realizar o acolhimento e o atendimento humanizado deste público e acompanhar as pessoas com quadros clínicos e psicossociais estáveis, leves e moderados, a partir de interlocução permanente com os serviços especializados em saúde mental de referência. Também devem encaminhar, de forma responsável e assertiva, as pessoas com quadros clínicos psicossociais de maior complexidade”
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSI, CAPS PONTA DO CORAL, CAPS AD ILHA E CONTINENTE, CAPS 24 HORAS)	“Os Caps são serviços especializados em saúde mental e de caráter territorial e comunitário. O foco primordial baseia-se no atendimento intensivo e na reabilitação de pessoas com transtornos mentais mais graves e persistentes, que necessitam de processos de reabilitação por meio de oficinas, terapias, atendimentos individuais e coletivos, em programas (projetos terapêuticos) individualizados”

<b>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA NORTE, SUL E CONTINENTE)</b>	“São serviços que devem atender às urgências em saúde, incluindo àquelas apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas”
<b>ATENÇÃO HOSPITALAR</b>	São leitos em hospitais. “Devem atender a crises e agudizações, em internações de curta permanência (inferior a 90 dias). Devem ofertar cuidado hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como para pessoas com outros transtornos mentais agudizados, com e sem comorbidades clínicas”

Fonte: BRASIL, 2022.



**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## **2 – CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS A PARTIR DA AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

As classificações diagnósticas na consulta de enfermagem, fundamentadas na avaliação de saúde mental, têm como foco principal o indivíduo, considerando suas necessidades humanas básicas, em vez de se restringir aos diagnósticos psiquiátricos (PENHA et al, 2025). Este processo reconhece o paciente como um participante ativo no seu autocuidado, além de ser parte integrante de sua família e comunidade.

Durante a avaliação, o enfermeiro busca entender o contexto do paciente, levando em conta suas experiências, emoções e relações sociais. Isso permite uma abordagem holística que valoriza a pessoa em sofrimento psíquico e não apenas sua condição clínica. As classificações diagnósticas, portanto, são utilizadas para guiar o planejamento do cuidado, assegurando que as intervenções sejam adequadas e personalizadas às necessidades daquele sujeito. (ver capítulo: Consulta de Enfermagem e Avaliação em Saúde Mental)

A consulta de enfermagem é realizada a partir da operacionalização do Processo de Enfermagem, que inclui uma classificação diagnóstica específica para diagnósticos de enfermagem. Em Florianópolis, utilizamos a [Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem \(CIPE\)](#) para guiar essa prática, tendo como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas e Sociais, elaborada por Wanda Horta.

Como guia para elaboração dos diagnósticos de enfermagem identificados durante a consulta de enfermagem em saúde mental, destacamos os diagnósticos mais utilizados na rede municipal de saúde de Florianópolis, que constam no [ANEXO I](#), mapeados através da ferramenta [Portal Csae](#).

ENFERMAGEM  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

### 3 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL E O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO NOS DIVERSOS DISPOSITIVOS DA RAPS

A proposta de estratificar riscos em saúde mental permite ao profissional o adequado planejamento e organização do cuidado do sujeito em sofrimento, identificando as necessidades de acompanhamento em relação a periodicidade bem como aos dispositivos mais adequados para o acompanhamento das demandas apresentadas. Também auxilia na identificação da necessidade de compartilhamento do cuidado da pessoa em acompanhamento na APS com a equipe multiprofissional e/ou com outros dispositivos.

#### 3.1 – TRANSTORNO MENTAL COMUM

O conceito de transtorno mental comum (TMC) é uma maneira de compreensão do sofrimento e demandas de saúde mental que transcende as categorias diagnósticas, uma abordagem que permite compreender o que é entendido como “demandas de saúde mental” de uma forma menos fragmentada.

O transtorno mental comum (TMC) refere-se a estados de saúde que envolvem sintomas psiquiátricos não psicóticos e inclui o sofrimento psíquico que fica abaixo do limiar diagnóstico dos sistemas classificatórios. Abrange as manifestações clínicas mais comuns do sofrimento psíquico com três dimensões de sintomas que se combinam: **tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização)** (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; CASTRO e WENCESLAU, 2023).

Entre as queixas mais comuns encontram-se: medo, tristeza, desânimo, perda do prazer de viver, ansiedade, irritabilidade, dificuldade de concentração, mudanças no sono e apetite, dores (crônicas e difusas), cansaço, palpitações, tontura e alterações



#### 3.2 – TRANSTORNO MENTAL GRAVE E PERSISTENTE

Os Transtornos Mentais Graves e Persistentes (TMGP) possuem apresentações mais específicas e generalizáveis do sofrimento, usualmente preenchendo critérios para diagnósticos psiquiátricos que compõem os sistemas classificatórios como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Podemos incluir como TMGP os transtornos psicóticos, transtornos afetivos graves e o sofrimento psíquico intenso com alto risco de suicídio. (BRASIL, 2013)



A diferenciação do TMC para um TMGP compreende a gravidade do quadro e a presença de limitações funcionais recorrentes e graves secundárias ao quadro de sofrimento psíquico, que comprometem as principais atividades da vida da pessoa. (BRASIL, 2022).

O quadro a seguir indica os equipamentos/serviços mais adequados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com base no grau de risco e/ou intensidade do sofrimento:

**Quadro 3.1 – Características clínicas e dispositivos**

DISPOSITIVOS	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
CENTROS DE SAÚDE APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadros ansiosos, crises de ansiedade e relatos difusos de angústia</li> <li>• Quadros depressivos sem risco para si ou terceiros</li> <li>• Quadros psicóticos crônicos estabilizados</li> <li>• Sintomas psicossomáticos</li> <li>• Insônia, mudanças bruscas e importantes do padrão do sono e dos hábitos alimentares</li> <li>• Sofrimento decorrente de luto, ciclos de vida e reações adaptativas às perdas (familiar, afetiva, trabalho e demais laços)</li> </ul>
MATRICIAMENTO E/OU COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO COM E-MULTI / PSQUIATRIA / PSICOLOGIA / SERVIÇO SOCIAL E OUTROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico, abordagem da família ou situações em que há a necessidade de um plano de cuidado que envolva cuidado interprofissional devido à complexidade da condição do usuário.</li> <li>• Os matriciamentos de casos de usuários moderados ou que apresentem exacerbações do quadro deverão ser discutidos através da plataforma Telessaúde (Psiquiatria/Psicologia), ou por e-mail (Psicologia/Serviço Social/demais profissionais E-multi) de acordo com o profissional de referência para o Centro de Saúde/Distrito Sanitário. Cada unidade de saúde/equipe de saúde da família organiza as discussões presenciais e atendimentos conjuntos conforme realidades e processos de trabalho estabelecidos. <a href="#">Lista de Apoio Matricial</a></li> </ul> <p>Para especificações de quadros clínicos com indicação de encaminhamento e critérios de classificação de prioridade, consultar os protocolos de acesso:</p> <p><a href="#">Protocolo de acesso a Psicologia</a>  <a href="#">Protocolo de acesso a Psiquiatria Adulto</a>  <a href="#">Protocolo do Serviço Social</a></p>
COMPARTILHAR CUIDADO COM CAPS DE REFERÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadro psicótico agudo</li> <li>• Quadro maníaco agudo</li> <li>• Autonegligência grave</li> <li>• Ideação suicida com planejamento</li> <li>• Egressos de internação psiquiátrica há &lt;30 dias</li> <li>• Tentativa de suicídio há &lt;6 meses <b>com manutenção do risco alto</b></li> </ul>

#### de suicídio

- Necessidade de reabilitação psicossocial e/ou de intensificação de cuidados na atenção especializada, **quando esgotadas as possibilidades no território/outros dispositivos**
- Limitações funcionais graves e persistentes com comprometimento das principais atividades da vida secundárias a um quadro de sofrimento mental
- Necessidade de reabilitação psicossocial e/ou de intensificação de cuidados na atenção especializada, **quando esgotadas as possibilidades no território/outros dispositivos**
- Limitações funcionais graves e persistentes com comprometimento das principais atividades da vida secundárias a um quadro de sofrimento mental

#### ACESSO AO CAPS:

O usuário encaminhado ao CAPS será avaliado em acolhimento por profissional da equipe multiprofissional CAPS (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Psicólogo, Assistente Social). O objetivo da avaliação é a identificação da necessidade de intensificação de cuidados devido a apresentação de quadro grave e persistente (conforme Quadro 3.1), que indica a inserção do usuário no dispositivo e construção de PTS.

Caso o usuário encaminhado não atenda aos critérios de acompanhamento intensivo em serviço CAPS, ele é redirecionado à sua equipe da família para continuidade do seguimento. A equipe ESF poderá solicitar contrarreferência da avaliação realizada em acolhimento, bem como discutir através de matriciamento ([Lista de Apoio Matricial](#)) as possíveis condutas a serem realizadas no cuidado da pessoa avaliada.

#### COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO COM CAPS:

Casos graves que necessitam intensificação de cuidado no CAPS, deverão continuar sendo acompanhados por sua equipe de referência buscando-se a realização de cuidado longitudinal e compartilhado (APS/CAPS). Nestes casos, propõe-se a inclusão no PTS de atendimentos em ambos os serviços, bem como atividades/recursos do território.



## 4 – CONSULTA DE ENFERMAGEM E AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A consulta de enfermagem deve ser centrada na pessoa e em suas necessidades. Para uma boa consulta de enfermagem e uma avaliação em saúde mental, é necessário deixar a pessoa falar e narrar sua história com suas próprias palavras e na ordem que julgar importante. O profissional deve usar de habilidades de comunicação (ver: [Guia de Habilidades de Comunicação no Cuidado de Enfermagem](#)) e atenção para ofertar espaço sem interferência, conduzir a conversa/entrevista e, ao mesmo tempo, ir realizando sua avaliação.

Enquanto a pessoa fala e traz suas necessidades, já é possível ir avaliando a orientação, coerência, sinais neurológicos e/ou de intoxicação por substâncias psicoativas (SPA), funcionamento psíquico, aparência, comportamento, linguagem, entre outros.

A avaliação em saúde mental não é exclusiva de um especialista, é baseada na escuta da pessoa e de sua rede de apoio para que se consiga fazer o exame do estado mental, identificar os fatores envolvidos no sofrimento, estratificar riscos e construir o PTS. Com base na Atenção Psicossocial, a avaliação e cuidado da pessoa em sofrimento é integral, multifatorial e interprofissional.



### FIQUE SABENDO!!!

Este capítulo aborda a primeira etapa do Processo de Enfermagem, conforme estabelecido pela nova resolução do COFEN nº 736/2024: **Avaliação de Enfermagem**

Em relação à avaliação em saúde mental, deve-se considerar:

**Quadro 4.1 – Avaliação em Saúde Mental**

O QUE CONSIDERAR	AVALIAR
QUEIXA	Como se sente, quando começou, frequência/intensidade, o que melhora/piora, fatores desencadeantes
FUNÇÕES PSICOFISIOLÓGICAS	Padrão sono e alimentação, sexualidade, presença de sintomas físicos (gástricos/intestinais, urinários, respiratórios, neurológicos, alteração do peso ou qualquer outro importante para a pessoa). Alterações nos hábitos, interesses, prazeres, comportamento, personalidade
HISTÓRICO	Comorbidades, diagnóstico e tratamentos prévios/resultados, uso de medicações/SPA, histórico de internações, tentativas de suicídio/ideação/plano, histórico de violências. História de uso de SPA/esteroides/medicações que podem levar a sintomas psíquicos (prednisona, efavirenz, propranolol, metoclopramida, teofilina, contraceptivos)

<b>SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA)</b>	Padrão de consumo (uso recreativo, habitual, nocivo, dependência), grau de comprometimento/prejuízos, contexto de uso, relação com a SPA, dinâmica/relações familiares e sociais, rede social, sinais/sintomas de intoxicação/abstinência
<b>COMPORTAMENTO DE RISCO</b>	Pensamentos de morte, ideação suicida, tentativas atuais/anteriores, rede de suporte, acesso aos meios, fatores de risco e de proteção. Impulsividade, automutilação, exposição a violências/abusos, conflitos, comprometimento social/escolar
<b>REDE FAMILIAR/SOCIAL</b>	Existência da rede familiar e/ou social, relacionamentos sociais dinâmica/relações familiares, com quem mora, quem são as pessoas que confia. Avaliar fatores protetivos e/ou desencadeantes do sofrimento; histórico familiar de transtornos mentais, suicídio e violências; conflitos/acidentes marcantes
<b>ATIVIDADE FÍSICA/LAZER</b>	Identificar se há prática de atividade física e/ou corporal. Qual tipo de lazer ou entretenimento existe na rotina do sujeito

Fonte: CORDOVA, 2018, p.72-73.



A avaliação em saúde mental é processual e, muitas vezes, exige alguns retornos para sua continuidade. Devido à complexidade do sofrimento e da necessidade de tempo para escuta, o profissional deve usar os retornos como estratégia para minimizar a sobrecarga/pressão assistencial, para dar seguimento na avaliação processual e fortalecer o vínculo.

Importante considerar e analisar influências de fatores sociais e de risco como os representados no Quadro 4.1, estes são elementos que podem compor a queixa/história pessoal a partir da fala da pessoa no decorrer da entrevista.

**Quadro 4.2 – Fatores a considerar na avaliação de saúde mental**

O QUE CONSIDERAR	AVALIAR
IDADE	Manifestações típicas/atípicas para a idade, crises dos ciclos de vida, jovens e idosos apresentam maior risco para o suicídio; idosos fazem alterações comportamentais e neurológicas com infecções
GÊNERO	Mulheres manifestam mais sofrimentos e tendem mais para a ideação suicida; homens são mais efetivos no suicídio; população LGBTQIAPN+, povos originários e minorias estão mais expostas às violências/discriminações e sofrimentos
NACIONALIDADE/NATURALIDADE	Sufrimentos que envolvam violências/guerras, refugiados/imigrantes, uso/manuseio de agrotóxicos em áreas rurais
ESCOLARIDADE	Sinais de deficiência intelectual, impactos da restrição cultural, perdas funcionais, dificuldades de aprendizagem (investigar violências/negligências), de compreensão e autocuidado
CULTURA/RELIGIÃO	A forma como se manifesta o sofrimento sofre influência cultural/familiar, considerar crenças/manifestações religiosas ao avaliar a história
PROFISSÃO/ATIVIDADE LABORAL	Atividades e situações laborais associadas ao sofrimento, violências/assédio, relações trabalhistas precarizadas
RENDA	Condições socioeconômicas desfavoráveis provocam/potencializam sofrimentos. Porém é importante não patologizar o sofrimento decorrente, evitando a medicalização da vulnerabilidade
VIOLÊNCIAS	Pessoas expostas a violências estão mais vulneráveis ao sofrimento
POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	Populações vulneráveis e minorias tendem a estar mais expostas às violências e aos sofrimentos

Fonte: CORDOVA, 2018, p.73-74.

#### 4.1 – EXAME FÍSICO E DO ESTADO MENTAL

Tanto no acompanhamento como no primeiro contato com a pessoa com sofrimento psíquico, diagnosticado ou não, é fundamental um olhar integral, valorizando-se os sinais/sintomas físicos, emocionais e as comorbidades. O exame físico e do estado mental devem compor a consulta de enfermagem da pessoa com sofrimento psíquico. **O exame do estado mental não é exclusivo do especialista ou do médico.**



#### FIQUE ATENTO!!!

Consulte os critérios para exames nos quadros abaixo e avalie sempre a necessidade de novas solicitações, considerando o histórico recente do paciente.

Antes de solicitar exames, verifique se já houve pedidos no último ano. Nos casos de investigação clínica, programe um retorno para avaliar os resultados. Em caso de alterações, organize o acompanhamento adequado e considere, se necessário, o cuidado compartilhado com a Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Assim, os seguintes aspectos devem ser observados:

**Quadro 4.3 – Exame Físico**

SINAIS/SINTOMAS	O QUE AVALIAR	CONDUTA
<b>FALTA DE AR, DOR NO PEITO, TAQUICARDIA</b>	Sinais vitais, comorbidades, histórico pessoal/familiar, tempo/frequência/intensidade, outros sinais/sintomas associados, uso de tabaco e/ou outras SPA, uso de bebidas estimulantes (café, energético) Ausculta pulmonar e cardíaca	Oriente sobre os sinais/sintomas da ansiedade Tranquelize quanto aos achados do exame físico Avalie sinais/sintomas de intoxicação/abstinência por SPA, maneje conforme capítulo de SPA deste protocolo. Em caso de alterações percebidas na ausculta, discuta caso com MFC
<b>CANSAÇO, FRAQUEZA, SONOLÊNCIA, DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO, AUMENTO DO PESO</b>	Exames de laboratório, sinais vitais, comorbidades, histórico pessoal/familiar, uso de tabaco e/ou outras SPA, sobrecarga em atividades diárias, padrão de sono	<b>Solicite TSH, Hemograma e Vitamina B12</b> <b>Valores de referência:</b> <b>HEMOGRAMA:</b> <b>Hemoglobina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Homens:</b> 12,8 - 17,8 g/dL</li> <li>• <b>Mulheres:</b> 12,0 - 16,5 g/dL</li> </ul> <b>Hematócrito</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Homens:</b> 40 - 54%</li> <li>• <b>Mulheres:</b> 35 - 47%</li> </ul> <b>Vitamina B12:</b> 300 - 900 pg/mL <b>TSH:</b> 0,3 a 5,0 mU/L (>5,0: discutir com MFC)  Pergunte sobre uso de SPA ou medicações que podem causar fraqueza/cansaço (loratadina, enalapril, anlodipino, propranolol, fluoxetina, aripiprazol, amitriptilina, metoclopramida, ácido valproico, fenitoína, espironolactona, antipsicóticos); se uso discuta com MFC Oferte testes rápidos e/ou sorologias <b>Avaliar o quadro considerando prevenção quaternária x medicalização do sofrimento; e sobrecarga de atividades diárias (dupla/tripla jornada)</b>
<b>ALTERAÇÕES DE PESO</b>	Sinais vitais Peso e IMC Ingestão alimentar Sinais/sintomas associados (náusea, vômitos, perda de apetite, estresse, tosse, suor noturno, febre)	Investigue comportamentos que indiquem compulsão alimentar, bulimia, anorexia, uso de SPA Avalie possível insegurança alimentar <u>Investigue</u> sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia) e realize glicemia capilar Oferte testes rápidos e/ou sorologias Se sinais de tuberculose, <u>investigue</u>

<p><b>VIOLÊNCIAS/AUTOMUTILAÇÃO</b></p>	<p>Pele, unhas, cabelo, genitália</p>	<p>Avalie presença de hematomas/escoriações/traumas/sangramento/oncofagia, identificando violências ou comportamentos de automutilação</p> <p>Se violência sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar genitália, ofertar <a href="#">PEP</a>/sorologias e contracepção de emergência</li> </ul> <p><b>Para todos os casos de violência: Avaliar a necessidade de compartilhamento do cuidado com o <a href="#">Espaço Acolher Floripa</a>.</b></p>
--	---------------------------------------	--

Fonte: CORDOVA, 2018, p.73-74.



Durante os atendimentos de pessoas com relatos de eventos traumáticos (ex: violência, negligência, abandono, abuso etc.) deve-se usar abordagem holística centrada na pessoa e evitar situações que causem re-traumatização (reviver o trauma). Com apoio e intervenção adequados, as pessoas podem superar experiências traumáticas, e os **seis Princípios do Cuidado Informado sobre Trauma são recomendados** (SAMHSA, 2014, WHO, 2016a).

**Quadro 4.4 – Avaliação geral do estado mental**

DESCRIÇÃO	O QUE AVALIAR
<p><b>APARÊNCIA</b></p>	<p>Modo de andar/postura Atitude (amigável/hostil) Expressões faciais, presença/ausência de contato visual Roupas e higiene pessoal Considere influências econômicas/sociais</p>
<p><b>ATIVIDADE PSICOMOTORA</b></p>	<p>Agitação psicomotora: deambulação excessiva, inquietação, dificuldade de ficar parado, tiques Lentificação: atraso nas respostas e/ou nos movimentos corporais Movimentos estereotipados, repetição de movimentos (ecopraxia)</p>
<p><b>ATITUDE PERANTE O EXAMINADOR</b></p>	<p>Atitude amigável, cooperativa, irônica, hostil, defensiva, sedutora, ambivalente etc.</p>
<p><b>COMUNICAÇÃO VERBAL COM O EXAMINADOR</b></p>	<p>Tipo de comunicação: responsivo, falante, calado, prolixo, tangencial, circunstancial Tipo de verbalização: rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, sussurrada Problemas na fala: gagueira, repetição de palavras /imitação de discurso (ecolalia)</p>

Fonte: CORDOVA, 2018, p.75-76.

Para melhor avaliação das funções psíquicas, observe o quadro abaixo:

**Quadro 4.5 – Avaliação das funções psíquicas**

DESCRIÇÃO	O QUE AVALIAR
<p><b>CONSCIÊNCIA, ATENÇÃO, SENSO PERCEPÇÃO, ORIENTAÇÃO, MEMÓRIA E INTELIGÊNCIA (CASOMI)</b></p>	<p><b>Consciência:</b> estado da consciência (desperto, sonolento, dissociado), considerar sinais/sintomas de infecção; uso de medicações e/ou SPA</p> <p><b>Atenção e foco aos estímulos externos</b> (hipervigil/hipovigil, desatenção/distração)</p> <p><b>Sensopercepção:</b> percepção aos estímulos (normal/alterada), alucinações (auditivas, visuais, táteis), pseudoalucinações</p> <p><b>Orientação:</b> em relação a si (autopsíquica) e ao tempo/espaço (alopsíquica)</p> <p><b>Memória:</b> queixas de alteração da memória, presença de amnésia/tipos de amnésia</p> <p><b>Inteligência:</b> alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, funcionamento cognitivo, alterações do aprendizado (considerar restrição cultural/privação social, violências, dinâmica familiar/escolar, fatores psicossociais)</p>
<p><b>AFETIVIDADE, PENSAMENTO, JUÍZO CRÍTICO, CONDUTA E LINGUAGEM (APEJUCOL)</b></p>	<p><b>Afeto/Humor:</b> Avaliados através de declaração do paciente ou inferência do profissional (pela postura, gestos, tom de voz, expressão facial)</p> <p><b>Humor:</b> Hipertímico (alegre/eufórico), hipotímico (triste/deprimido), distímico/eutímico, disfórico (irritado), lábil, ansioso, pueril.</p> <p><b>Afeto:</b> Embotado, amplo, superficial, restrito Avaliar congruência do afeto (congruente/incongruente)</p> <p><b>Pensamento:</b> Curso/quantidade/velocidade (aceleração, lentificação, bloqueio de pensamento, fuga de ideias, desagregação) Conteúdo: (persecutório, depreciativo, paranóide, de ataque à autoestima, de poder/riqueza/grandeza, místicos/mágicos, eróticos, de ciúmes de culpa, hipocondríaco) Delírios: (estado mental alterado que se caracteriza por uma visão distorcida da realidade)</p> <p><b>Juízo crítico:</b> Avaliar falas/comportamentos inapropriados e/ou inconvenientes, gastos excessivos, compulsões, dificuldade de medir consequências/comportamento de risco, etc;</p> <p><b>Linguagem:</b> Avaliar organização da linguagem Verbalização: Rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, sussurrada, alta Problemas na fala: ecolalia (repetição de palavras), solilóquios (fala sozinho), coprolalia (uso de palavras obscenas)</p>

Fonte: CORDOVA, 2018.

## 5 – ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL

### 5.1 – GERENCIAMENTO DO ESTRESSE

O estresse é compreendido como a relação entre o indivíduo e o meio quando avaliada como exaustiva ou que excede seus recursos, ameaçando seu bem-estar, deixando-o suscetível às manifestações psíquicas, emocionais e às crises (ZEFERINO *et al.*, 2015; TOWNSEND e MORGAN, 2021).

A partir de um evento estressor o sujeito pode apresentar uma variedade de respostas de ajustamento, sendo elas adaptativas ou não adaptativas. As respostas adaptativas protegem a pessoa contra danos e agressões, solucionando a crise e fortalecendo a habilidade de encarar situações ameaçadoras. Quando as respostas são mal adaptativas o conflito que está sendo vivenciado se mantém ou se intensifica, ocasionando crises.

Na avaliação é importante levar em consideração:

- **Percepção individual do evento:** o que é uma crise para um indivíduo pode não ser para outro.
- **Que estratégias de enfrentamento estão disponíveis:** quais são as habilidades, recursos e conhecimento que o sujeito possui para enfrentar a situação, disponibilidade de estratégias de enfrentamento.
- **Qual a percepção da eficácia das estratégias de enfrentamento que possui:** quais delas já foram utilizadas no passado? Foram bem-sucedidas? Eu tenho a habilidade de usar as estratégias de maneira efetiva?



Às vezes as estratégias de enfrentamento do sujeito até existem, mas são danosas ou prejudiciais (abuso de substâncias, autoagressão, uso abusivo de medicação), nestes casos a atuação do profissional pauta-se na construção compartilhada de novas estratégias de enfrentamento não danosas ao indivíduo

A etapa inicial do gerenciamento do estresse é tornar-se ciente dos fatores que criam estresse e os sentimentos associados a uma resposta estressante. Somente podemos manejar e controlar o estresse quando é reconhecido que está sendo vivenciado, a partir da identificação dos fatores estressantes a pessoa pode omiti-los, evitá-los ou aceitá-los.

Algumas das estratégias adaptativas para gerenciamento do estresse são abordadas no [Capítulo de Ferramentas de Cuidado](#).

## 5.2 – COMPORTAMENTO SUICIDA

A equipe de enfermagem de Atenção Primária à Saúde está em uma posição oportuna para prevenir o suicídio devido interações contínuas com indivíduos com pensamento e/ou comportamento suicida.

Não há dados que sustentem a preocupação de que perguntar ativamente sobre suicídio possa iniciar pensamentos ou ações suicidas, muitas pessoas em sofrimento psíquico apreciam a oportunidade de discutir pensamentos suicidas e podem não verbalizar essas questões sem serem solicitadas.



### **ATENÇÃO!!!**

**Todas as pessoas em sofrimento psíquico, com ou sem diagnóstico, em uso/abuso ou não de SPA, devem ser perguntadas aberta e especificamente sobre ideação, planos e tentativas de suicídio.**

### 5.2.1 – Avaliação do indivíduo com comportamento suicida

**Objetivo:** identificar os principais estressores envolvidos, conhecer o contexto de vida do usuário e os fatores que aumentam o risco de suicídio, bem como seu histórico familiar e de vida. Isso possibilita melhor conhecimento do cenário em que o usuário está envolvido e auxilia na construção de estratégias de cuidado.

#### **Quadro 5.1 – Avaliação de risco de suicídio**

Avaliar crise suicida atual: estressores psicossociais (recentes/crônicos), contexto de vida, conflitos em relacionamentos interpessoais, possível motivação, identificar ideação/plano ou pensamentos de morte

Avaliar presença de sintomas psicóticos, alucinações de comando ou ansiedade severa.

Avaliar potenciais comportamentos de risco: impulsividade, abuso de SPA, auto/heteroagressão, autonegligência

Avaliar existência de tentativas prévias de suicídio, histórico de suicídio na família

Avaliar fatores de proteção, razões para viver

Avaliar presença ou ausência de suporte familiar/social

Fonte: Adaptado de BOTEGA (2023); SCHREIBER e CULPEPPER (2023); ZADERENKO et al (2025).

Alguns questionamentos a serem feitos para avaliação de risco e intencionalidade suicida encontram-se nos quadros abaixo, é importante utilizar perguntas específicas e diretas para provocar a discussão sobre a presença de ideação suicida. A avaliação de uma pessoa que pode ser suicida inclui uma avaliação em relação a presença de ideação, método, plano e intenção suicida.

**Quadro 5.2 – Questionamentos para avaliação de intencionalidade suicida**

PERGUNTAS	OBJETIVO
TEM PENSAMENTOS DE MORTE? PENSA EM TIRAR A VIDA?	Avaliar ideação suicida ativa/passiva
JÁ PENSOU EM TIRAR A VIDA ANTERIORMENTE? HÁ QUANTO TEMPO TEM ESSES PENSAMENTOS?	Avaliar temporalidade/duração/persistência dos pensamentos
JÁ TENTOU SUICÍDIO ALGUMA VEZ OU JÁ CONSIDEROU SUICÍDIO E FOI INTERROMPIDO/DESISTIU?	Avaliar recorrência e letalidade das tentativas anteriores. <b>Tentativas prévias com métodos de maior letalidade representam maior risco</b>
TEM ALGUM PLANO?	Avaliar persistência e grau de intencionalidade suicida
JÁ PESQUISOU OU INFORMOU-SE DE ALGUMA FORMA A RESPEITO DE MÉTODO E LETALIDADE?  TEM ACESSO AOS MEIOS?	Avaliar risco iminente de suicídio, auxiliar na criação do plano de segurança, restringir acesso aos meios
ACREDITA QUE O MÉTODO ESCOLHIDO É LETAL?	Avaliar risco e letalidade. <b>Acreditar no método representa maior risco</b>
FEZ ALGUM PREPARATIVO PARA A TENTATIVA?	Avaliar risco de tentativa iminente. <b>Escrever bilhetes de suicídio, despedir-se de amigos e familiares, distribuição de bens de valor indicam alto risco de tentativa iminente</b>

Fonte: Adaptado de BOTEGA (2023); SCHREIBER e CULPEPPER (2023); ZADERENKO et al (2025).

**Quadro 5.3 – Classificação de risco conforme avaliação de intencionalidade suicida**

RISCO	INTENCIONALIDADE SUICIDA	
ALTO	PLANO SUICIDA	Planos de como tirar a vida. Pesquisou sobre método e poder letal
MODERADO	IDEAÇÃO SUICIDA	Pensa em tirar a vida. Tem vontade de morrer
BAIXO	PENSAMENTOS DE MORTE	Ideias vagas/passivas de morte. Não pensa em tirar a vida

Fonte: Adaptado de BOTEGA (2023); SCHREIBER e CULPEPPER (2023); ZADERENKO et al (2025).

Se observado que a pessoa se encontra em risco de suicídio, **um plano de crise deve ser desenvolvido em colaboração com a pessoa** e o local de seguimento do acompanhamento deve ser definido de acordo com a gravidade da ideação suicida.

### 5.2.2 – Plano de segurança para prevenção do suicídio

O plano de segurança **construído de maneira compartilhada** com indivíduo é recomendado como alternativa ao “contrato de não suicídio” para manutenção da segurança da pessoa que apresenta ideação suicida. **O objetivo do plano é identificar possíveis mecanismos de enfrentamento e recursos para reduzir o risco de suicídio.**

Não há evidências que indiquem que o "contrato de não suicídio" seja eficaz na redução de comportamentos ou tentativas de suicídio (ZADERENKO et al, 2025). Entre os fatores que desaconselham o uso desses contratos estão a ausência de um vínculo significativo que permita ao profissional exigir este compromisso como também a capacidade de julgamento reduzida em um momento de crise (BOTEGA, 2023).

### Quadro 5.4 – Estrutura de plano de segurança

1. Identificar fatores de risco e sinais de alarme: Evitar situações que possam precipitar ideação e comportamento suicida, como crises e/ou conflitos interpessoais. Eventos estressores normalmente antecedem crises, comportamento impulsivo e comportamento suicida devido a dificuldade de lidar com emoções vivenciadas. O isolamento social piora os sentimentos de tristeza e falta de esperança e devem ser monitorados, pois a desesperança significativa é uma das principais dimensões psicológicas associadas ao suicídio
2. Criar um ambiente seguro: remover todos os objetos potencialmente perigosos a que o indivíduo possa ter acesso (objetos cortantes ou de vidro, substâncias tóxicas, medicações\*, armas de fogo entre outros possíveis agentes letais). Levantar em consideração plano suicida e método escolhido. Garantir acompanhamento contínuo (amigos/familiares)
3. Estratégias de enfrentamento individual: reflexões sobre razões para viver e fatores protetivos. Possíveis atividades de distração (ouvir música, cantar, escrever, assistir séries/filmes, meditar, exercícios de respiração e relaxamento, prática de exercícios físicos). Identificar habilidades de enfrentamento não autolesivas
4. Estratégias de enfrentamento interpessoal: Identificar amigos e/ou familiares que podem ser contatados em momentos de crise para distração, suporte e companhia. Identificar aqueles com maior vínculo/confiança para contatar em caso de pensamentos suicidas ativos

5. Suporte profissional: listar locais em que possa buscar atendimento e seus horários de atendimento (Centro de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, CAPS 24 horas, Emergência Hospitalar), informar linhas de atendimento como (Centro de Valorização da Vida – CVV Disque 188 (atendimento por chat ou ligação telefônica)

Fonte: Adaptado de BOTEGA (2023); SCHREIBER e CULPEPPER (2023); ZADERENKO et al (2025).

#### 5.2.2.1 – Fornecimento de medicamentos no usuário com alto risco de suicídio

Nos casos que o indivíduo apresente alto risco de suicídio, se faz necessário a restrição de acesso aos medicamentos utilizados. Neste caso é importante pactuar com a rede de apoio o armazenamento adequado às medicações e a entrega de pequena quantidade e/ou medicação supervisionada.

É fundamental que o profissional entenda que as medicações psicotrópicas podem aumentar o risco de suicídio, tanto pelos efeitos colaterais, como pelo acesso aos meios. Nos casos de medicações entregues na rede municipal, pode-se considerar a discussão de prescrição fracionada em interconsulta com MFC, prescrevendo quantitativos menores, permitindo a retirada da medicação e reavaliações mais frequentes.

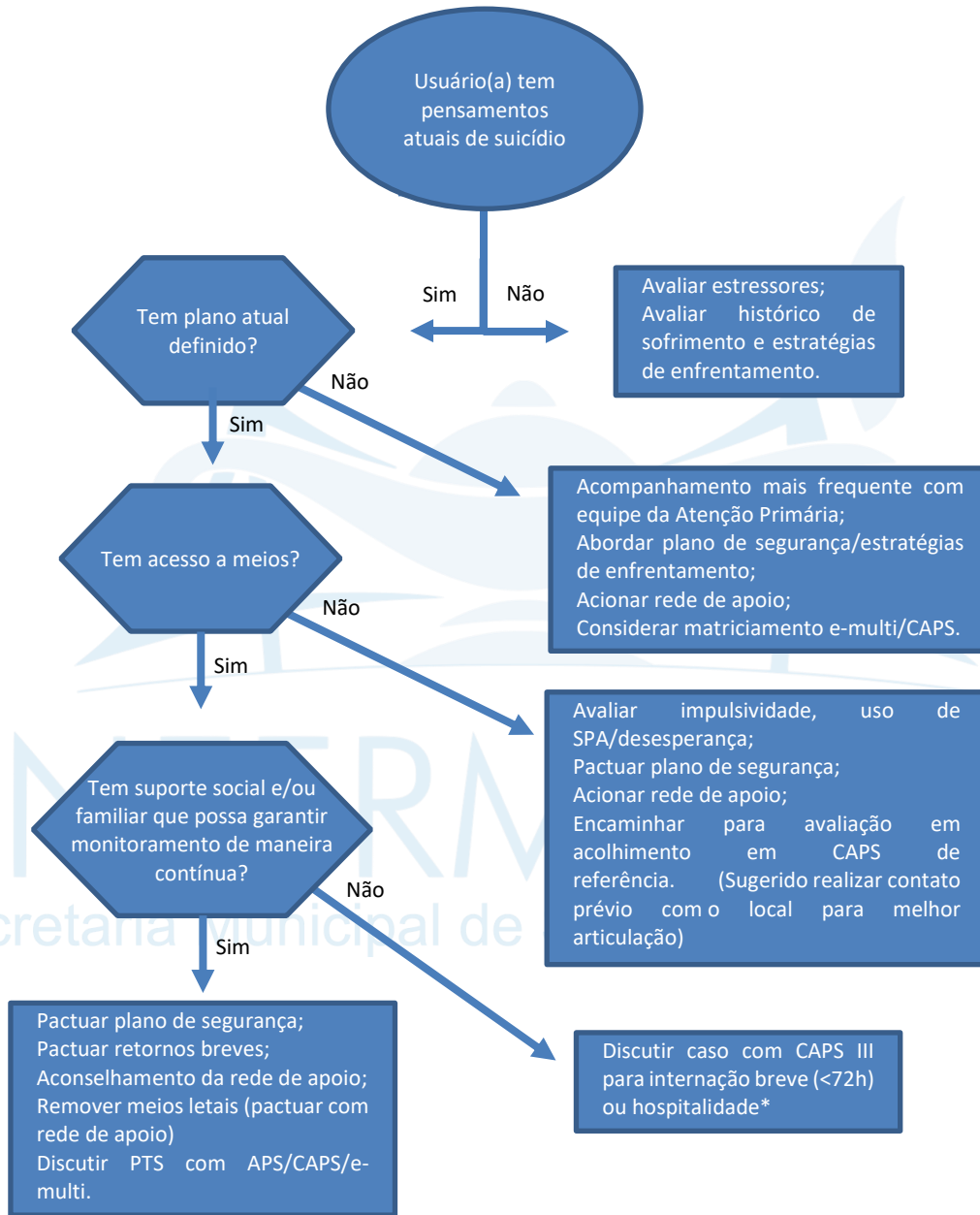
#### 5.2.3 – Compartilhamento do cuidado segundo grau de risco de suicídio

Para determinar o local de compartilhamento do acompanhamento é necessário avaliar a severidade da ideação suicida e comportamento de risco, revisando fatores de risco que aumentem ou diminuam o risco de suicídio.

Para pessoas de baixo risco, fornecer cuidado colaborativo, acesso a atendimentos, restrição a agentes letais, processo e planejamento de manejo de crise e continuidade do acompanhamento. Pessoas com risco moderado e sem rede de apoio, bem como com risco elevado de suicídio e/ou em associação à impulsividade, uso de SPA's e fragilidade do suporte, possuem necessidade e se beneficiarão de intensificação de cuidados e atendimento compartilhado com outros pontos da RAPS.

O acompanhamento no território pode ser mais efetivo que a hospitalização em indivíduo com ideação suicida crônica e/ou automutilação sem tentativa de suicídio prévia e com condição/situação de vida suportiva e segura. (SCHREIBER e CULPEPPER, 2023; ZADERENKO et al, 2025).

**Fluxograma 1.1 – Compartilhamento do cuidado segundo risco de suicídio**



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

\*A hospitalidade em um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) é uma ação que visa afastar o paciente de situações conflituosas para ajudá-lo a lidar com crises motivadas por transtornos mentais. A hospitalidade pode ser diurna ou noturna.

### 5.3 – MANEJO DA PESSOA EM CRISE

A crise faz parte do cotidiano dos sujeitos que estão constantemente lidando com momentos que geram desorganização em sua vida, ela é inerente à existência humana, fazendo parte do processo de viver. Usualmente ocorre por uma **resposta mal adaptativa a uma situação de estresse, em que há necessidade de um ajuste significativo no estilo de vida e há sobrecarga dos recursos pessoais disponíveis de enfrentamento**. As reações diferem de pessoa para pessoa em relação aos eventos da vida. Essas variações estão relacionadas com o grau em que a alteração é percebida como estressante. Usualmente são precipitadas por eventos estressores específicos, identificáveis e apresentam-se de forma aguda e não crônica (BRASIL,2013).

Entre as características frequentemente encontradas em situações de crise em saúde mental estão a incerteza, a insegurança, o medo, a desorganização do comportamento, a confusão e o comportamento violento. **É importante o reconhecimento do intenso sofrimento vivenciado pelo usuário em momentos de crise.**

Na avaliação, o profissional reúne informações sobre estressores precipitantes da crise, buscando a sua contextualização e o entendimento acerca da vivência subjetiva do usuário. O objetivo é o esclarecimento da situação de crise.



#### PERGUNTE!!!

- Como foi o evento?
- Quando aconteceu?
- Como está se sentindo com isso?
- Já passou por esta situação antes?
- Como lidou com a situação?
- Qual foi o resultado?

Nesta primeira abordagem deve-se priorizar os aspectos cujo esclarecimento é imprescindível para avaliação dos riscos e definição da conduta no primeiro atendimento, é importante considerar a intensidade ou a gravidade clínica da crise. (BRASIL, 2007).

#### Quadro 5.5 – Aspectos a serem considerados na avaliação da crise e sua intensidade

Alterações de consciência, atenção, orientação tempo-espaco (podem indicar causa orgânica)

Perda do controle sobre si mesmo

Falta de crítica quanto ao seu quadro psíquico

Graus elevados de atividade delirante/alucinatória e/ou desorganização de pensamento e comportamento

Elevação ou depressão excessiva do humor

Uso prévio de SPA (podem indicar psicose induzida por substâncias)

Ocorrência de episódios significativos de auto ou heteroagressividade

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2007.

### 5.3.1 – Intervenção em crise

Devido ao estado emocional da pessoa ela necessita de apoio para resolução de problemas, bem como direcionamento e suporte para mobilização dos recursos necessários para resolver a crise. O papel do profissional é de assistência e participação ativa. Deve ser feito o que for necessário para ajudar a pessoa a encontrar alívio, sendo o objetivo principal o ajustamento, o bem-estar e a restauração ao nível de funcionamento anterior ou um nível mais alto (ZEFERINO et al., 2015; TOWNSEND e MORGAN, 2021).

**Devido a limitação temporal em um atendimento à crise, é importante que a pessoa apresente algum alívio a partir da primeira interação com o profissional de saúde.**

**Quadro 5.6 – Ações a serem realizadas durante o manejo de crise**

AÇÃO	QUEM REALIZA
ABORDAGEM ORIENTADA PELA REALIDADE. FOCO NO AQUI E NO AGORA	ENFERMEIRO (A)
ESCUTE ATIVAMENTE E ATENDA AS NECESSIDADES IMEDIATAS	
DESENCORAJE EXPLICAÇÕES PROLONGADAS E RACIONALIZAÇÃO	
ESTIMULE A VERBALIZAÇÃO DE SENTIMENTOS	
AUXILIE NA ELABORAÇÃO DO PROBLEMA ENCONTRADO	
DESCREVA SUA PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO AO PROBLEMA, COMPARE COM A PERCEPÇÃO DO INDIVÍDUO	
AJUDE A DETERMINAR O QUE ACREDITA HAVER PRECIPITADO A CRISE	
PERMANEÇA CONTINUAMENTE COM A PESSOA QUE EXPERIMENTA ANSIEDADE OU ALGUM GRAU DE PÂNICO	

Fonte: Adaptado de ZEFERINO et al. (2015); TOWNSEND e MORGAN (2021).

A comunicação com o usuário deve ser verdadeira (evitar promessas e pactuações que não possam ser cumpridas) e exercida o mais claramente possível, assim como devem ser discutidas as propostas de cuidado.

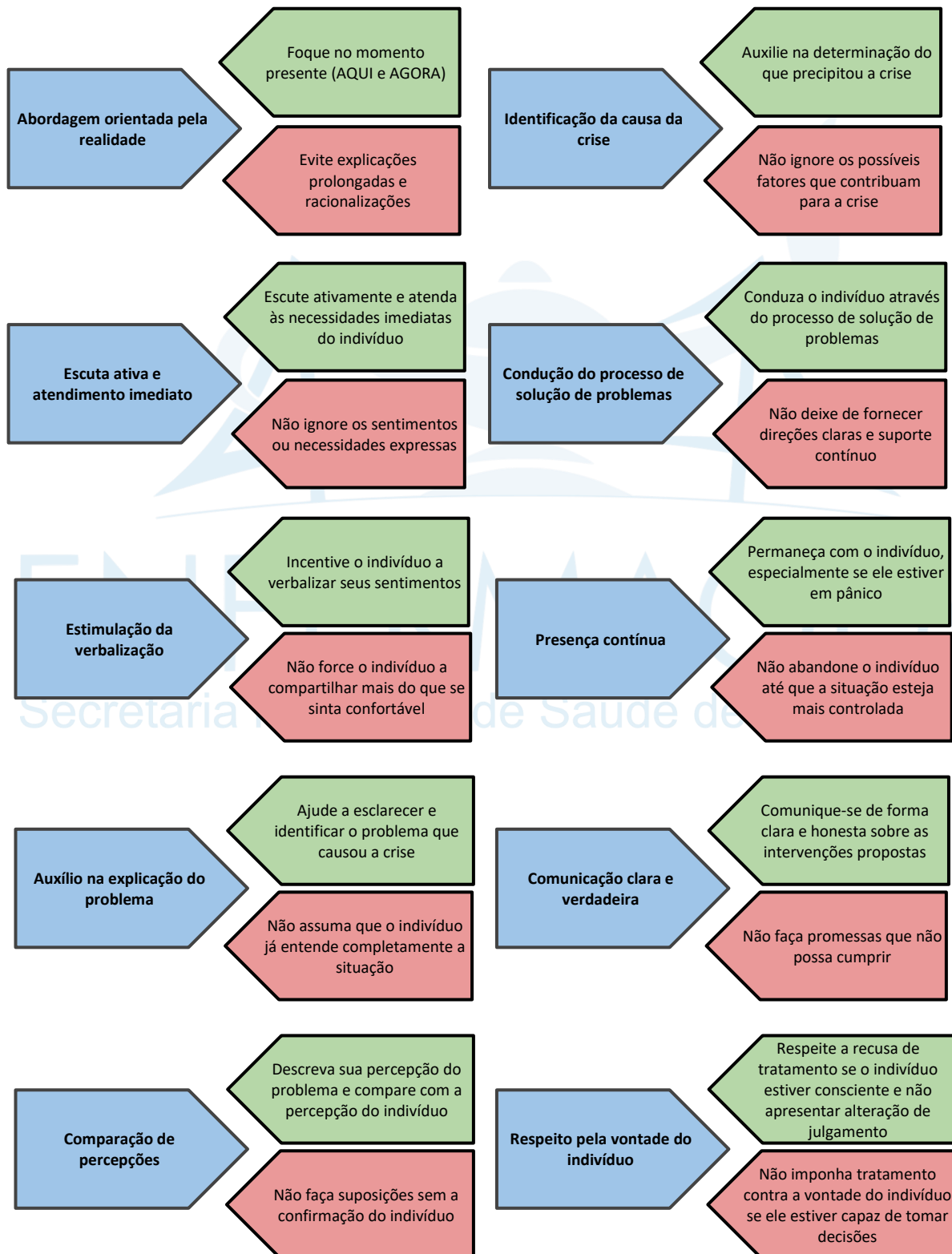


#### FIQUE SABENDO!!!!

**Alguém que fica agressivo porque se recusa a determinado tratamento, compreende o que foi oferecido e não apresenta alteração psíquica/neurológica que comprometa seu julgamento, não poderá ser submetido a tratamento contra sua vontade (BRASIL, 2007).**

A figura a seguir traz uma síntese a respeito do que fazer (Tag em verde) e do que NÃO (Tag em vermelho) fazer ao atender uma pessoa em situação de crise.

**Figura 1 – Guia rápido das intervenções em crise**



Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

É importante salientar que, muitas vezes, pessoas em sofrimento psíquico (com ou sem diagnóstico) podem se apresentar de forma reativa, exigindo dos profissionais mais sensibilidade na condução dos atendimentos, no quadro 5.7 elencamos algumas condutas que podem auxiliar neste caso.

**Quadro 5.7 – Manejo da pessoa agitada/hostil/agressiva**

AÇÃO	QUEM EXECUTA
OBSERVE A SEGURANÇA DO AMBIENTE, REMOVA MATERIAIS PERFUROCORCORTANTES OU QUE POSSAM SER USADOS COMO ARMA. EVITE BARREIRAS ENTRE PROFISSIONAIS E UMA PORTA DE SAÍDA.	ENFERMEIRO (A)
DÊ PREFERÊNCIA AO MANEJO VERBAL POR PROFISSIONAIS COM QUEM A PESSOA TENHA MAIS VÍNCULO OU MELHOR PERFIL PARA ISSO. OUTROS PROFISSIONAIS PERMANECEM NA CENA, MANTENDO POSTURAS NÃO VIOLENTAS OU INTIMISTAS	
IDENTIFIQUE-SE, USE COMUNICAÇÃO NÃO VIOLENTA.	
EXPLIQUE PORQUE ESTÁ ALI (ENTENDER A SITUAÇÃO, GARANTIR QUE NINGUÉM SE MACHUQUE)	
BUSQUE REDUZIR PONTOS DE TENSÃO.	
SEMPRE QUE POSSÍVEL, OFEREÇA ESPAÇO RESERVADO PARA O DIÁLOGO/MANEJO, DIMINUINDO A EXPOSIÇÃO DA PESSOA E DEMAIS USUÁRIOS/AS.	
MANTENHA O MANEJO VERBAL COM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO, ATITUDE CALMA, TRANQUILA E NÃO HOSTIL, NUMA DISTÂNCIA SEGURA E NÃO INVASIVA À PESSOA.	
QUESTIONE ATIVAMENTE PARA ENTENDER OS DESEJOS DA PESSOA	
AVALIE: INQUIETAÇÃO, TOM DE VOZ, CONTEÚDO DO DISCURSO, IRRITABILIDADE, POSSÍVEL INTOXICAÇÃO.	
AVALIE: CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO TEMPO-ESPAÇO, CURSO E CONTEÚDO DO PENSAMENTO.	
ORIENTE: DESCREVA COMO CONSIDERA SUA AGITAÇÃO E O QUE ESPERA DELA.	
DEIXAR CLARO CONDIÇÕES DE COLABORAÇÃO E COMPORTAMENTOS QUE NÃO SERÃO ACEITOS.	
NEGOCIE, PROPONHA ALTERNATIVAS POSSÍVEIS A AGITAÇÃO. DIÁLOGO (O QUE A PESSOA QUER X O QUE EU QUERO).	
PROPONHA O QUE GOSTARIA QUE A PESSOA FIZESSE (SENTAR, ACALMAR-SE, FALAR MAIS BAIXO, ACEITAR ALGUMA MEDICAÇÃO, ENTRE OUTRAS POSSIBILIDADES).	
REFORCE QUE ESTÁ PARA AJUDÁ-LO NA TENTATIVA DE SOLUCIONAR O CONFLITO.	

Fonte: Adaptado de BRASIL (2007); CÓRDOVA (2018).



**ATENÇÃO:** medidas involuntárias (contenção mecânica, administração de medicamentos) devem ser utilizadas tão somente como EXCEPCIONALIDADE, depois de esgotadas todas as tentativas de diálogo, em situações pontuais.

Caso se faça necessária a contenção mecânica, ela se dará sob supervisão direta do Enfermeiro, devendo ser monitorado continuamente pela equipe de enfermagem, de modo a promover a segurança do paciente, prevenindo danos e eventos adversos.

**IMPORTANTE:** é imprescindível o adequado registro no prontuário da pessoa das razões para realização da contenção, duração, avaliações de segurança realizadas durante sua duração e ocorrência de eventos adversos (Resolução COFEN 746/2024).

Caso o manejo verbal não tenha resultados e a pessoa potencialize a crise e comportamento, o SAMU pode ser acionado para suporte, assim como a segurança pública. É importante entender que a agitação psicomotora é uma situação de saúde, sendo importante a unidade/profissional(is) com quem a pessoa tenha vínculo e iniciou o atendimento se mantenha na condução da crise junto com os demais suportes (SAMU e/ou segurança pública).

**Quadro 5.8 – Contenção Mecânica**

AÇÃO	QUEM EXECUTA
Manter manejo verbal com habilidades de comunicação, atitude calma, tranquila, respeitosa, assertiva e não hostil, numa distância segura e não invasiva à pessoa	ENFERMEIRO (A) TÉCNICO DE ENFERMAGEM
Observar a segurança do ambiente, remover materiais perfurocortantes ou que possam ser usados como arma. Remanejar outros usuários do espaço. Evitar barreiras entre profissionais e uma porta de saída.	
Para contenção física estar, no mínimo, em 5 profissionais, comunicando-se com a pessoa sobre as medidas necessárias	
Os profissionais se aproximam da pessoa em círculo enquanto um profissional mantém o diálogo com a pessoa, de forma que cada profissional possa se posicionar em cada parte (braços, pernas, cabeça)	
Se for necessário conter fisicamente a pessoa, evitar decúbito ventral e, durante a contenção, monitorar estado geral, consciência e sinais vitais	
Não fazer contenção física de forma isolada, manter a escuta, o acolhimento e as decisões compartilhadas	

Fonte: CORDOVA, 2018.

### 5.3.2 – Uso de medicação no manejo da crise

Seu uso deve ser criterioso e **negociado com o usuário**, deixando claro o porquê da necessidade do uso. O **objetivo de medicar uma pessoa agitada não é sedá-la**, mas sim acalmá-la para que permaneça consciente e consiga participar das decisões de seu próprio cuidado.

**Quadro 5.9 – Medicamentos disponíveis na rede / maleta de emergência**

MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA REDE / MALETA DE EMERGÊNCIA*	
<b>DIAZEPAM 10MG. COMPRIMIDO</b>	Benzodiazepínico. Utilizado em crises de ansiedade/pânico ou agitação. Atinge a concentração máxima de efeito em 30 a 90 minutos. <b>USO ORAL</b>
<b>PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG/ML. AMPOLA 2 ML. SOLUÇÃO INJETÁVEL</b>	Efeito sedativo acentuado, iniciando após cerca de 20 minutos da aplicação. Atinge concentração máxima de efeito em 1 hora e meia. <b>USO INTRAMUSCULAR</b>
<b>HALOPERIDOL 5MG/ML. AMPOLA 1ML. SOLUÇÃO INJETÁVEL</b>	Antipsicótico de alta potência. Atinge a concentração máxima em até 30 minutos. <b>USO INTRAMUSCULAR</b>

**\*As prescrições das medicações citadas acima são de atribuição MÉDICA.**

*Fonte: Adaptado de FLORIANÓPOLIS (2019); CORDIOLI et al. (2023).*

## 6 – FERRAMENTAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O cuidado em saúde mental é fundamentado em vários aspectos essenciais. **A escuta terapêutica é uma prática central, devendo ser realizada por todos os profissionais de saúde, não apenas por especialistas.** As intervenções psicossociais são necessárias para abordar aspectos tanto psicológicos quanto sociais do sofrimento. A colaboração entre diferentes profissionais de saúde, a coordenação de ações dentro e entre diferentes setores, e a conexão com recursos comunitários e territoriais são igualmente importantes. Esses elementos juntos garantem um cuidado integrado e eficaz em saúde mental.



### IMPORTANTE!

O objetivo do cuidado em saúde mental é promover o restabelecimento físico, psíquico e social, focando na qualidade de vida e bem-estar, ao invés de buscar a cura ou a remissão dos sintomas.

O cuidado exige do profissional capacidade de escuta humanizada para que a pessoa possa falar, se escutar e refletir sobre sua vida e escolhas, construindo novos sentidos. Cada pessoa sofre por questões diferentes, está exposta a situações orgânicas, sociais, familiares, ambientais e violentas variadas e responde aos desencadeantes de forma subjetiva. Portanto, as respostas aos tratamentos serão múltiplas, assim como as indicações.

O objetivo do cuidado é ajudar a pessoa a encontrar novos mecanismos de enfrentamento, ressignificação, desenvolvimento de interesses e práticas de autogestão e autoconhecimento. A ideia é reorganizar a experiência de vida e o sofrimento, permitindo que a pessoa atue ativamente neste processo, fortalecendo sua autonomia e protagonismo (BACCARI *et al.*, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2017).

### CUIDE!

- Aborde possíveis prejuízos no sono
- Proponha/sensibilize para a prática de atividades físicas
- Estimule a identificação de atividades de lazer
- Incentive a retomada de atividades que eram interessantes/davam prazer
- Valorize pequenas mudanças, ajude a reforçar comportamentos benéficos ao indivíduo
- Identifique as redes sociais anteriores que têm potencial para oferecer apoio psicossocial direto ou indireto
- Estimule o fortalecimento da rede social e seu envolvimento no cuidado, de acordo com a realidade particular do indivíduo
- Auxilie/estimule a identificação de estratégias de enfrentamento/resolução de problemas



As ferramentas de cuidado podem ser classificadas em intervenções psicossociais de baixa complexidade e avançadas, conforme os quadros abaixo:

**Quadro 6.1 – Intervenções Psicossociais de Baixa Complexidade**

INTERVENÇÃO	COMO FAZER
PSICOEDUCAÇÃO	<p><b>Objetivo:</b> Promover autoconhecimento e desenvolvimento de ferramentas para enfrentamento das questões que trazem sofrimento através do esclarecimento de dúvidas acerca do processo saúde-doença em saúde mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxilie o indivíduo no entendimento do quadro atual, através da identificação dos elementos da sua experiência (sintomas, angústias, sentimentos, contexto de vida, fatores desencadeantes).</li> <li>• Esclareça dúvidas sobre os sintomas, fatores orgânicos/ambientais/sociais que possam participar do quadro, bem como dos diagnósticos possíveis</li> <li>• Oriente o usuário a respeito das suas ações em relação ao tratamento, estimulando a implicação em seu próprio cuidado.</li> <li>• Oriente sobre aspectos do acompanhamento terapêutico, previamente à construção do PTS.</li> <li>• Esclareça o usuário que faz uso de medicação psicotrópica sobre suas indicações, efeitos esperados, efeitos adversos, estratégias de auto manejo e aumento da adesão, bem como efeitos em caso de retirada abrupta (síndrome de retirada)</li> <li>• Auxilie a rede de apoio no entendimento do quadro atual vivenciado, oriente de quais formas é possível auxiliar no cuidado e suporte ao indivíduo em sofrimento</li> </ul>
GESTÃO DOS ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oriente técnicas de manejo da ansiedade, como atividades de relaxamento e/ou exercícios de respiração, forneça material de auxílio. (<a href="#">ANEXO II</a>)</li> <li>• Auxilie na identificação de técnicas de autogerenciamento do estresse e proponha a experimentação pelo sujeito, para que traga retorno ao que funcionou ou não. Importante explorar as diversas possibilidades adaptativas a partir da singularidade do sujeito que está sendo ouvido. (exemplos: meditação guiada, ouvir música, falar com pessoa importante, escrever sobre o que sente, tomar um banho relaxante, praticar atividade física etc.)</li> <li>• Estimule a gestão de conflitos interpessoais que estejam causando sofrimento com o auxílio no treinamento de habilidades de resolução de problemas e de comunicação assertiva, verifique a necessidade de mediação dos conflitos identificados</li> </ul>
PRÁTICAS DE LAZER E ATIVIDADE FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimule a busca pela identificação e inserção de atividades que tragam prazer dentro da rotina diária, dentro das possibilidades atuais da pessoa</li> <li>• Auxilie a pessoa a identificar atividades artísticas que possam ser utilizadas como estratégia terapêutica</li> <li>• Sensibilize/incentive a prática de exercícios físicos de acordo com possibilidades de acesso e preferências pessoais, auxiliando a pessoa a encontrar a atividade física possível para aquele momento</li> </ul>
REDE DE SUPORTE SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifique as redes sociais anteriores que têm potencial para oferecer apoio psicossocial direto ou indireto. (amigos, família, relações do trabalho, espaços comunitários etc.)</li> <li>• Estimule o fortalecimento da rede social e seu envolvimento no</li> </ul>

	<p>cuidado, de acordo com a realidade particular do indivíduo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentive a participação do indivíduo em espaços de convivência e equipamentos comunitários</li> </ul>
<b>ESCRITA EXPRESSIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimule o indivíduo a escrever livremente sobre o que sente, inquietações, experiências prévias, problemas atuais, situação de conflitos interpessoais</li> <li>• Oriente sobre a rotina de escrita para as demandas trazidas em consulta, de modo a promover reflexão das temáticas abordadas, estimulando insight a respeito das situações e promovendo implicação em relação ao seu tratamento</li> <li>• Questione a pessoa, em atendimentos de retorno, sobre como se sentiu ao escrever para compreensão do benefício da prática na especificidade daquele sujeito</li> </ul>
<b>PATOBIOGRAFIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situar sobre uma linha do tempo, que inicie no nascimento, o histórico de vida e adoecimento da pessoa, situando os eventos biográficos importantes (abaixo da linha), doenças/surgimento de sintomas e tratamentos/acompanhamentos de saúde realizados até a data atual.</li> <li>• Proponha reflexões sobre os possíveis gatilhos de adoecimento, impacto de eventos importantes, ligações entre períodos de agravamento.</li> </ul>
<b>GENOGRAMA</b>	<p><b>Objetivo:</b> Representar graficamente o sistema familiar, preferencialmente em três gerações, utilizando símbolos padronizados para identificar os componentes da família e suas relações. Auxilia na avaliação familiar, identificando possíveis conflitos que interferem na proposta de cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergunte sobre a composição familiar, buscando conhecer a história de vida, eventos marcantes, adoecimento, motivos de falecimento</li> <li>• Identifique no genograma as pessoas que residem junto com o usuário avaliado, através de linha tracejada ao redor do grupo familiar (<a href="#">ANEXO III</a>)</li> <li>• Destaque aspectos relacionais mencionados pela pessoa (relações de dominância, conflituosas, distantes e/ou muito próximas)</li> <li>• Auxilie o usuário, a partir do seu relato, na identificação de padrões de repetição ao longo das gerações, como padrões de relacionamento, estruturais, de morbidade</li> <li>• Proponha reflexões sobre a influência dos acontecimentos e relações familiares nos sentimentos e demandas atuais</li> </ul>
<b>ECOMAPA</b>	<p><b>Objetivo:</b> Identificar e representar graficamente as ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio onde habita ou convive.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapear atividades terapêuticas existentes nas redes (saúde, assistência social, território/comunidade, etc), e rede social da pessoa, para identificação, articulação e fortalecimento dos cuidados e suporte social</li> <li>• Análise, de maneira compartilhada com o usuário, as dimensões destas relações</li> <li>• <b>Força da ligação:</b> fraca, tênue/incerta, forte</li> <li>• <b>Impacto da ligação:</b> sem impacto, requerendo esforço/energia; fornecendo apoio/ energia</li> <li>• <b>Qualidade da ligação</b> (estressante ou não) (<a href="#">ANEXO V</a>)</li> </ul>

<p><b>PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferte práticas integrativas conforme disponibilidade da equipe/serviço/território; programe retornos permanentes para realização, de modo que possibilitem espaço de escuta e reavaliações frequentes</li> <li>• Na prática de auriculoterapia, consulte os principais pontos utilizados nas demandas trazidas em consultas de saúde mental, como: <a href="#">ansiedade</a>, <a href="#">depressão</a>, <a href="#">insônia</a>, etc.</li> <li>• Estimule o uso de plantas medicinais através do uso de chás: Ansiedade/Depressão/Insônia – hipérico (<i>Hypericum perforatum</i>), melissa (<i>Lippia alba</i>), erva-cidreira (<i>Melissa officinalis</i>), valeriana (<i>Valeriana officinalis</i>), ginseng brasileiro (<i>Pfaffia sp.</i>), rosa verde (<i>Rosa sp.</i>), capim-limão (<i>Cymbopogon citratus</i>), maracujá (<i>Passiflora spp.</i>)</li> <li>• A aromaterapia com uso de óleo essencial de lavanda pode ser utilizada por via tópica, inalação ou em difusor</li> </ul>
<p><b>GRUPOS TERAPÊUTICOS/COMUNITÁRIOS</b></p>	<p>O grupo é uma importante ferramenta de cuidado a ser utilizada pelo enfermeiro. O processo grupal possibilita trocas de experiências, de reflexão, de identificação, de transformações subjetivas, de construção de vínculos. Os modelos de grupo centrado nas pessoas e em suas experiências (<b>grupos de apoio mútuo</b>), com protagonismo dos participantes são mais efetivos.</p> <p>O grupo deve ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Objetivo:</b> preventivo, educativo, terapêutico, operativo, de acompanhamento</li> <li>• <b>Estrutura:</b> aberto/fechado, número de encontros, número de participantes, misto ou limitado</li> <li>• <b>Regras</b> construídas/pactuadas no coletivo (respeito, circulação da fala, não discriminação/julgamento, sigilo, regras de convivência etc.)</li> </ul> <p>Exemplos: Terapia Comunitária Integrativa (TCI), Gestão Autônoma da Medicação (GAM), Comunidade de Fala (CdF)</p>
<p><b>PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique quais são as possibilidades de tratamento/intervenção disponíveis</li> <li>• Construa, <b>de maneira compartilhada com a pessoa</b>, a proposta de acompanhamento terapêutico, considerando as atividades, número de encontros, periodicidade e intervenções a serem realizadas</li> <li>• Auxilie na construção de metas ou expectativas em relação ao acompanhamento realizado</li> <li>• Articulação entre serviços/redes é essencial, podendo ser necessário compartilhar cuidados/atividades entre equipamentos/equipes</li> </ul> <p>Para construção do PTS é necessário o conhecimento das atividades terapêuticas existentes nas redes (saúde, assistência social, território/comunidade etc.), dos equipamentos sociais presentes no</p>

território e da rede social da pessoa. (Realizar o ecomapa previamente ao PTS pode auxiliar)

**É fundamental ofertar estratégias de cuidado diversificadas e construir com a pessoa as possibilidades de seu acompanhamento, visando torná-la a protagonista na elaboração de seu PTS**

\* O PTS pode ser construído tanto de maneira interprofissional, quanto na prática exclusiva do Enfermeiro. Neste último caso o PTS é equivalente à etapa de Planejamento do Processo de Enfermagem, auxiliando na organização da implementação das ações de Enfermagem. Caso englobe outros profissionais/serviços, o mesmo deve ser discutido com os integrantes da equipe de acompanhamento buscando o alinhamento do cuidado.

*Fonte: Adaptado de BRASIL (2013); BRASIL (2015); CARRIÓ (2012); SCHLITTLER et al. (2015); TESSER e SOUSA, (2012); TESSER e DALLEGRAVE (2020); TESSER e NORMAN (2021);*

## 6.2 – INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS AVANÇADAS

São intervenções de cuidado para utilização quando as abordagens iniciais de baixa complexidade não apresentam efeitos, estas podem ser utilizadas com objetivo de aumentar a resolutividade do atendimento, antes que se considere a opção de encaminhamento a outros profissionais/níveis de atenção. Devem ser realizadas a partir de atendimentos com periodicidade semanal (BRASIL,2007).

### 6.2.1 – Terapia de Reatribuição de Sintomas

Muitas pessoas não associam seus sintomas a um sofrimento. Após descartadas questões orgânicas, o profissional deve ajudar a pessoa a reconhecer o sofrimento, com uma postura que favoreça o vínculo terapêutico e a escuta de forma a auxiliar na reflexão, elaboração e reatribuição dos sintomas aos fatores de sofrimento. A reatribuição ajuda a direcionar o cuidado para o real motivo dos sintomas. O trabalho de reatribuição deve ser processual e pode seguir algumas etapas, conforme o quadro abaixo:

**Quadro 6.2 – Etapas da terapia de reatribuição dos sintomas**

ETAPAS	DESCRIÇÃO
SENTINDO-SE COMPREENDIDO	Fazer anamnese ampliada e exame físico focado na queixa, com valorização das crenças da pessoa
AMPLIANDO A AGENDA	Dar feedback à pessoa, com recodificação dos sintomas e vinculação destes com eventos vitais e/ou psicológicos
FAZENDO VÍNCULO	Construir modelos explicativos que façam sentido para pessoa
NEGOCIANDO O TRATAMENTO	Pactuar, em conjunto com a pessoa, um projeto terapêutico ampliado

Fonte: CHIAVERINI, 2011.

### 6.2.3 – Terapia de Resolução de Problemas

Metodologia que acumula maior nível de evidência de efetividade para o TMC. Atua diretamente sobre os problemas que podem estar contribuindo para o quadro de sofrimento psíquico da pessoa. Pode ser usada sempre que se possa identificar e especificar o problema e seja possível o estabelecimento de metas. Tem como objetivo ajudar a pessoa a reconhecer problemas ou conflitos relacionados ao seu sofrimento (ZHANG *et al.*, 2018; KRAUSE *et al.*, 2021; MICHELSON *et al.*, 2022).

**Quadro 6.3 – Etapas da terapia de resolução de problemas**

ETAPAS	DESCRIÇÃO
IDENTIFICAR A NECESSIDADE DA PESSOA PARA APLICAÇÃO DA TERAPIA DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Registro completo dos sintomas, tanto físicos quanto psicológicos Reconhecer os problemas vivenciados Identificar os recursos: conhecer a eficácia do usuário na vida diária
EXPLICAR O TRATAMENTO E SUA METODOLOGIA	Explicar a base de entendimento da terapia de reatribuição Pactuar compromissos de seguimento (número/duração/frequência dos atendimentos) Estabelecer contrato terapêutico
LISTAR OS PROBLEMAS DE FORMA CLARA E CONCRETA	Ouvir a pessoa listar seus problemas e auxiliá-la a agrupar em categorias (interpessoal/familiar/saúde/financeiro/trabalho) Definir cada problema (Qual é? Quando ocorre? Onde ocorre? Quem está envolvido?) Priorizar um problema para tratamento Dividir os problemas completos em partes menores
ESTABELEECER METAS ALCANÇÁVEIS	Selecionar uma ou duas metas realistas de acordo com suas possibilidades e recursos apresentados Questionar e promover reflexão sobre metas que parecem irreais
LEVANTAR SOLUÇÕES	Convidar a pessoa a gerar possíveis soluções O levantamento de soluções considera os seguintes princípios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Princípio da quantidade:</b> quanto maior a quantidade de soluções, mais ideias de qualidade estarão disponíveis</li> <li>• <b>Princípio da variedade:</b> Quanto maior a variedade de ideias, melhor será sua qualidade</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Princípio de adiamento do juízo:</b> primeiro imaginar livremente as soluções e somente após julgá-las para selecioná-las. Imaginação e juízo se inibem reciprocamente, desta forma, primeiro é necessário exercitar a imaginação e posteriormente o juízo</li> </ul>
<b>ELEGER UMA SOLUÇÃO</b>	<p>Refletir e listar junto com a pessoa sobre os prós e os contras de cada solução</p> <p>Avaliar soluções conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grau de resolução do conflito</li> <li>• Grau de satisfação geral</li> <li>• Relação custo/benefício</li> </ul> <p>Escolher a melhor solução, que se encaixe com as metas definidas e apresente menor desvantagem</p>
<b>POR A SOLUÇÃO EM PRÁTICA</b>	<p>Criar plano de ação para execução da solução escolhida, dividido em pequenos passos que devem ser específicos e pouco ambiciosos</p> <p>Neste passo é muito importante ajudar a evitar precipitações de modo a evitar frustrações e perda de autoconfiança do usuário</p>
<b>AVALIAÇÃO</b>	<p>Acompanhar e avaliar o desempenho da pessoa em relação aos passos definidos previamente</p> <p>Realçar progressos obtidos, mesmo que pequenos</p> <p>Avaliar passos não alcançados em relação a dificuldades encontradas</p>

Fonte: Adaptado de GARCÍA-CAMPAYO et al. (1999); CHIAVERINI (2011); WHO (2016b).

### 6.3 – USO DE MEDICAMENTOS

Sendo o sofrimento multifatorial, um tratamento exclusivamente medicamentoso não é efetivo quando os fatores envolvem questões não orgânicas, por isso a importância da clínica ampliada e a **diversificação das estratégias de cuidado**. Deve-se ter cuidado com a medicalização da vida e dos sofrimentos ligados a questões sociais, familiares, ambientais, ciclos de vida e luto. **A medicação não deve ser usada de forma isolada.**



**O conhecimento do Enfermeiro em relação aos psicofármacos é essencial para psicoeducação, busca orientar o usuário sobre as indicações de uso, possíveis efeitos adversos, riscos e identificar interações medicamentosas potencialmente prejudiciais, o que auxilia na adesão e melhor experiência.**

Para o uso de medicamentos psicoativos não é necessário se limitar em diagnósticos específicos, podendo ter como objetivo, junto com outras estratégias não farmacológicas, a diminuição dos sintomas a partir da avaliação do efeito esperado e/ou adverso da medicação escolhida. É imprescindível a **avaliação cuidadosa da eficácia e da necessidade do uso desses medicamentos**, promovendo um tratamento que **leve em conta tanto os benefícios quanto os riscos associados**, buscando sempre a redução de danos e a prevenção quaternária em saúde mental (PULIEZ e NORMAN, 2021).

### 6.3.1 – Acesso aos medicamentos



Os psicofármacos disponíveis estão elencados na [Relação Municipal de Medicamentos \(REMUME\)](#) e seu acesso poderá ocorrer de duas formas, através das Farmácias de Referência e Farmácias Especializadas, que constam atualizadas nesta mesma relação.

Os medicamentos que podem ser retirados em farmácia de referência constam no Quadro 6.4 e necessitam apenas da apresentação da receita, sua **prescrição é exclusivamente médica**.

**Quadro 6.4 – Psicofármacos disponíveis na REMUME para retirada em Farmácias de Referência**

MEDICAMENTOS/APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS	DESCRIÇÃO
<p>ÁCIDO VALPRÓICO CÁPSULA 250MG COMPRIMIDO 500MG XAROPE 50MG/ML)</p>	<p>Anticonvulsivante, estabilizador de humor. <b>Meia vida:</b> 8-17 horas <b>Dose máxima:</b> 1.800 mg/dia <b>Efeitos adversos:</b> náusea, diarreia, dispepsia, tremores, sedação, perda de cabelo, ganho de peso <b>Contraindicado em gestantes, teratogênico</b></p>
<p>AMITRIPTILINA COMPRIMIDOS 25MG, 75MG</p>	<p>Antidepressivo, também usado para dor crônica e enxaqueca <b>Meia vida:</b> 21 horas <b>Dose máxima:</b> 300 mg/dia <b>Efeitos adversos:</b> sedação, boca seca, ganho de peso, constipação, hipotensão postural, tontura. <b>Letal na overdose (induz arritmias cardíacas)</b></p>
<p>BIPERIDENO COMPRIMIDO 2MG</p>	<p>Utilizado para combater sintomas parkinsonianos, adversos ao uso de antipsicóticos. <b>Meia vida:</b> 11-21 horas <b>Dose máxima:</b> 8 mg/dia <b>Efeitos adversos:</b> boca seca, constipação, visão borrada</p>
<p>CARBAMAZEPINA COMPRIMIDO 200MG SUSPENSÃO ORAL 20MG/ML</p>	<p>Anticonvulsivante, estabilizador de humor <b>Meia vida:</b> 18-54 horas, após 8 horas (se uso crônico) <b>Dose máxima:</b> 1.600mg/dia <b>Efeitos adversos:</b> tontura, fadiga, náuseas, sedação, ataxia <b>Tem interações com múltiplos medicamentos por ser uma potente indutora de enzimas hepáticas</b> <b>Interage com anticoncepcionais, diminui sua eficácia</b> <b>Contraindicado em gestantes, teratogênico</b></p>
<p>CLORPROMAZINA COMPRIMIDOS 25MG, 100MG SOLUÇÃO ORAL 40MG/ML</p>	<p>Antipsicótico, sedativo utilizado em episódios de agitação <b>Meia vida:</b> 24 horas <b>Dose máxima:</b> 2.000 mg/dia</p>

	<p><b>Efeitos adversos:</b> constipação, tontura, hipotensão, aumento de peso, boca seca</p>
<p><b>DIAZEPAM</b> <b>COMPRIMIDOS 5MG, 10MG</b></p>	<p>Benzodiazepínico, utilizado para sedação, quadros de agitação/ansiedade/pânico</p> <p><b>Meia vida:</b> bifásica, inicial em 3 horas, terminal prolongada 20-80 horas</p> <p><b>Dose máxima:</b> 20mg</p> <p><b>Efeitos adversos:</b> abstinência, ataxia, déficit de atenção, dificuldades de concentração, fadiga, sedação, sonolência</p> <p><b>O uso crônico de benzodiazepínicos ou uso de altas doses diárias são situações que indicam o compartilhamento do cuidado com MFC da equipe, buscando estratégias de redução da dose e desprescrição no decorrer do acompanhamento</b></p>
<p><b>FLUOXETINA</b> <b>CÁPSULA 20MG</b></p>	<p>Antidepressivo, utilizado também para sintomas ansiosos e compulsão alimentar</p> <p><b>Meia vida:</b> 2-3 dias</p> <p><b>Dose máxima:</b> 80 mg/dia</p> <p><b>Efeitos adversos:</b> náuseas, diarreia, dispepsia, diminuição da libido, orgasmo retardado, cefaleia, insônia, diminuição do apetite</p>
<p><b>HALOPERIDOL</b> <b>COMPRIMIDO 5MG,</b> <b>SOLUÇÃO ORAL 2MG/ML,</b> <b>DECANOATO 50MG/ML</b></p>	<p>Antipsicótico, único disponível na forma de depósito</p> <p><b>Meia Vida:</b> 15-37 horas (comprimido, 21 dias (decanoato))</p> <p><b>Dose máxima:</b> 15 mg/dia</p> <p><b>Efeitos adversos:</b> tremores, rigidez corporal, lentificação de movimentos, sedação, constipação</p> <p><b>Atenção a distúrbios de movimento com inquietação e dificuldade de ficar parado (acatisia), contrações musculares involuntárias sustentadas ou permanentes (distonias), movimentos musculares anormais, involuntários e repetitivos (discinesia)</b></p>
<p><b>LÍTIO</b> <b>COMPRIMIDO 300MG</b></p>	<p>Estabilizador de humor</p> <p><b>Meia vida:</b> 18-24 horas</p> <p>Devido a estreita janela terapêutica (<b>dose terapêutica muito próxima a dose de intoxicação</b>) a dose máxima tolerada associa-se ao nível sérico identificado em monitoramento</p> <p><b>Efeitos adversos:</b> boca seca, diminuição da memória, edema, fezes amolecidas, ganho de peso, gosto metálico, náusea, polidipsia, poliúria, tremores finos</p> <p><b>Interações medicamentosas:</b> diuréticos tiazídicos, AINES, IECAS, metronidazol (aumentam o nível de lítio).</p> <p><b>Cuidados de Enfermagem:</b> estimular aumento da ingesta hídrica, orientar sobre sinais de alarme de intoxicação (náusea, vômito, diarreia, tremores)</p> <p><b>Atenção:</b> quadros de desidratação aumentam o risco de intoxicação pois levam ao aumento do nível sérico do lítio.</p> <p>Na apresentação de comportamento suicida é essencial a remoção do acesso à medicação ao usuário devido à <b>alta letalidade mesmo na ingestão de doses pequenas</b></p> <p>Seu uso necessita de monitoramento laboratorial de níveis séricos de</p>

	<p>lítio (litemia), função renal (creatinina) e tireoidiana (TSH)</p> <p><b>ENFERMEIRO (A) SOLICITE:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Litemia (dosagem de lítio):</b> semestralmente em pessoas com manutenção da dose prescrita ou em caso de suspeita de intoxicação.</li> </ol> <p><b>Valores de referência:</b> Não deve exceder 1,2 mEq/L*</p> <p> <b>ATENÇÃO</b> </p> <p>Toxicidade acima de 1,5 mEq/L (discuta com MFC) Níveis <math>\geq 2,5</math> mEq/L: encaminhe a emergência hospitalar, mesmo em indivíduos assintomáticos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Creatinina</b> - Entre 6 - 12 meses da última solicitação</li> <li><b>TSH</b> - Entre 6 - 12 meses da última solicitação</li> </ol>
<p><b>NORTRIPTILINA</b> <b>CÁPSULA 25MG</b></p>	<p>Antidepressivo, também usado para dor crônica e enxaqueca <b>Meia vida:</b> 12- 56 horas <b>Dose máxima:</b> 150mg/dia <b>Efeitos adversos:</b> boca seca, constipação intestinal, ganho de peso, visão borrada, tontura ortostática, tremores, sudorese, sonolência <b>Letal na overdose (induz arritmias cardíacas)</b></p>
<p><b>SERTRALINA</b> <b>COMPRIMIDO REVESTIDO 50MG</b></p>	<p>Antidepressivo, utilizado também para sintomas ansiosos <b>Meia vida:</b> 2-3 dias <b>Dose máxima:</b> 200 mg/dia <b>Efeitos adversos:</b> náuseas, diarreia, dispepsia, diminuição da libido, orgasmo retardado, cefaleia, insônia</p>

Fonte: Adaptado de FLORIANÓPOLIS (2019); CORDIOLI et al. (2023).

Os medicamentos disponíveis na Farmácia Especializada são fornecidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF (Secretaria do Estado de Santa Catarina/SES SC) e **possuem requisitos específicos**. Dentre os requisitos principais, citamos: abertura de processo com apresentação das documentações necessárias (termos, exames), prescrição médica realizada por especialista focal (psiquiatra) ou emitida pelos Centros de Atenção Psicossocial e Ambulatório de Saúde Mental (nestes casos não há necessidade de especialidade), bem como a definição diagnóstica.


**Na renovação dos processos** (realizada semestralmente) é necessária a apresentação dos exames de monitoramento, e **não há necessidade de prescrição por especialista focal, podendo ser renovada por Médico de Família e Comunidade (MFC)**.

Os diagnósticos contemplados para acesso aos psicofármacos do CEAF são: Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Transtorno do Espectro Autista e Transtorno Esquizoafetivo. No Quadro 6.5 estão elencados os medicamentos disponíveis.

Para maiores informações consultar os formulários próprios de cada diagnóstico, disponíveis [no site](#) do CEAF/SES-SC.

**Quadro 6.5 – Relação de psicofármacos disponíveis via CEAF/SC**

MEDICAMENTOS/APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS	DESCRIÇÃO
<b>RISPERIDONA COMPRIMIDOS 1MG, 2MG</b>	Antipsicótico, estabilizador de humor, manejo de agitação <b>Meia vida:</b> 3-24 horas <b>Dose máxima:</b> 6 mg/dia <b>Efeitos adversos:</b> cefaleia, tontura, acatisia, fadiga, constipação, dispepsia, sedação, ganho de peso, dores em extremidades, tremores, perda de libido, galactorreia  <b>Disponível para:</b> Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno do Espectro Autista e Transtorno Esquizoafetivo
<b>OLANZAPINA COMPRIMIDOS 5MG, 10MG</b>	Antipsicótico, estabilizador de humor <b>Meia vida:</b> 33 horas <b>Dose máxima:</b> 20mg/dia <b>Efeitos adversos:</b> ganho de peso (especialmente nas fases iniciais de tratamento e com doses maiores), sedação e sonolência. <b>Disponível para:</b> Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno Esquizoafetivo
<b>QUETIAPINA COMPRIMIDOS 25MG, 100MG, 200MG, 300MG</b>	Antipsicótico, estabilizador de humor <b>Meia vida:</b> 7-12 horas <b>Dose máxima:</b> 800 mg/dia <b>Efeitos adversos:</b> sedação, boca seca, constipação, dispepsia, aumento de peso, hipotensão, sonolência e tontura <b>Disponível para:</b> Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno Esquizoafetivo
<b>ZIPRASIDONA CÁPSULAS 40MG, 80MG</b>	Antipsicótico <b>Meia vida:</b> 7 horas <b>Dose Máxima:</b> 160 mg/dia <b>Efeitos adversos:</b> cefaleia, constipação, náusea, sonolência, tontura <b>Disponível para:</b> Esquizofrenia, e Transtorno Esquizoafetivo

<p><b>CLOZAPINA</b> COMPRIMIDOS 25MG, 100MG</p>	<p>Antipsicótico, usado em casos refratários que não responderam a outros psicóticos ou acompanhados por comportamento suicida ou autolesivo persistente.</p> <p><b>Meia vida:</b> 10-17 horas</p> <p><b>Dose máxima:</b> 800 mg/dia</p> <p><b>Efeitos adversos:</b> constipação intestinal, ganho de peso, hipotensão, sialorreia, sonolência, tontura, taquicardia</p> <p><b>Disponível para:</b> Esquizofrenia, e Transtorno Esquizoafetivo</p> <p><b>O uso de Clozapina necessita de monitoramento laboratorial contínuo devido ao risco de agranulocitose.</b></p> <p><b>ENFERMEIRO (A) SOLICITE:</b> </p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>Hemograma:</b> Semanal nos seis meses de tratamento Quinzenal até um completar um ano de tratamento Após 1 ano realizar mensalmente durante o período de uso.</li></ol> <p><b>Valores de referência:</b> Neutrófilos: 4.400 a 11.000 células/microL</p>
<p><b>LAMOTRIGINA</b> COMPRIMIDOS 25MG, 100MG</p>	<p>Anticonvulsivante, estabilizador de humor</p> <p><b>Meia vida:</b> 29 horas</p> <p><b>Dose máxima:</b> 300 mg/dia</p> <p><b>Efeitos adversos:</b> ataxia, cefaleia, diplopia, distúrbio gastrintestinal, dor nas costas, febre, insônia, náusea, vômito, rash cutâneo (maculopapular), sonolência, tontura</p> <p><b>Disponível apenas para Transtorno Afetivo Bipolar</b></p> <p><b>Interação medicamentosa:</b> o uso concomitante com ácido valproico dobra os níveis séricos de lamotrigina.</p>

Fonte: CEAF / SC; CORDIOLI et al. (2023).

## 7 – ABORDAGEM AO CONSUMO E AOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL

O álcool é uma substância psicoativa com propriedades que causam dependência, e seu uso afeta as pessoas e as sociedades de muitas formas. Os efeitos são determinados pelos padrões de consumo, sendo que o uso nocivo e abusivo tem um grande peso na carga de doenças, além de ônus social e econômico para as sociedades. Os problemas por uso de álcool são condições crônicas marcadas por uma capacidade prejudicada de limitar a quantidade de álcool consumida, portanto, abordar o consumo do álcool no contexto da APS mostra-se fundamental para propor medidas de cuidado e manejo (PAHO, 2020; OMS, 2023).

### FIQUE SABENDO!!!!

Segundo a Organização Mundial da Saúde **não** existe volume seguro de álcool a ser consumido, uma vez que todas as pessoas que consomem álcool enfrentam algum risco de sofrer danos relacionados ao álcool, e o nível de risco depende da quantidade de álcool consumida.



### 7.1 – Avaliação Inicial durante a consulta de enfermagem

**Durante a avaliação inicial, é importante observar se a pessoa está com sintomas de intoxicação associados a um determinado nível de concentração de álcool no sangue,** que pode melhorar ou agravar nas próximas horas, dependendo se a pessoa ainda está absorvendo álcool ou já está metabolizando o álcool ingerido ([CAPÍTULO 4](#)).

Caso a pessoa não esteja com sintomas/sinais de intoxicação que comprometam o atendimento, deve-se prosseguir com a avaliação inicial de rotina durante a consulta de enfermagem.

Durante a avaliação inicial na consulta de enfermagem é necessário a identificação dos padrões, frequência e intensidade de consumo para melhor orientação e manejo. A seguir descrevemos informações e conceitos a serem utilizados durante a avaliação inicial do uso.

**Quadro 7.1 – Entendendo as definições de dose padrão e demais categorias de consumo de álcool**

O QUE	DEFINIÇÃO	AVALIAR	QUEM DEVE AVALIAR
<b>DOSE PADRÃO</b>	Unidade/medida que define a quantidade de etanol puro contida nas bebidas alcoólicas. Equivale a 10 g de álcool puro (10g equivale a um copo de cerveja (255 ml); uma taça de vinho (100 ml) ou uma dose de destilado (vodka, uísque, cachaça, gin, tequila, 30 ml)	Quantidade de consumo de álcool (dose padrão) por dia, semana e mês	<b>ENFERMEIRO (A)</b>

<b>USO ABUSIVO DE ÁLCOOL</b>	Consumo de 4 ou mais doses (se mulher) ou 5 ou mais doses (se homem) de bebida alcoólica, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias	Frequência de consumo (número de ocasiões de consumo durante um período/por dia/semana/mês)	
<b>CONSUMO EXCESSIVO EPISÓDICO DE ÁLCOOL</b>	Ato de ingerir álcool puro em quantidade superior a 60 gramas, para os homens, e 40 gramas, para as mulheres, em pelo menos uma ocasião por mês	Intensidade do consumo, ou número máximo de bebidas consumidas durante uma ocasião de consumo	

Fonte: OMS, 2001; PAHO, 2020.

Com relação aos padrões de consumo de substâncias psicoativas no geral, estes podem ser classificados em cinco tipos conforme descrito no quadro 7.2 abaixo:

**Quadro 7.2 – Classificação do padrão de uso de substâncias psicoativas no geral**

<b>PADRÃO DE USO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>EXPERIMENTAL</b>	Uso inicial, esporádico de uma determinada droga/substância
<b>RECREATIVO</b>	Uso de determinada droga/substância em situações sociais ou de relaxamento, sem consequências negativas
<b>USO FREQUENTE</b>	Uso regular, não compulsivo e que ainda não traz prejuízos significativos para o funcionamento do indivíduo
<b>USO NOCIVO</b>	Um padrão de uso de substâncias psicoativas que causa algum dano à saúde, podendo ser de natureza física ou psicológica.
<b>DEPENDÊNCIA</b>	Relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicoativa.

Fonte: UNODC, 2021.

A avaliação engloba o **Rastreamento, Intervenção e Encaminhamento para Tratamento**, traduzido do inglês *“Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT)”* é uma prática baseada em evidências para identificar, reduzir e prevenir o uso problemático, o abuso e a dependência de álcool e outras drogas.



### IMPORTANTE!!

Abordar sobre o consumo e oferecer aconselhamento a todos os indivíduos é mais eficaz a nível comunitário do que aconselhar apenas aqueles que manifestam o desejo de reduzir ou cessar o consumo de álcool (OMS, 2022).

O rastreamento do consumo de álcool pelos enfermeiros na atenção primária à saúde deve ser uma rotina de cuidado, uma vez que traz muitos benefícios. Promove educação em saúde, identificação do padrão e gravidade do uso para o manejo adequado e oportunidade de encaminhamento dos casos graves para o CAPS ad ou outro serviço de referência (OMS, 2001).

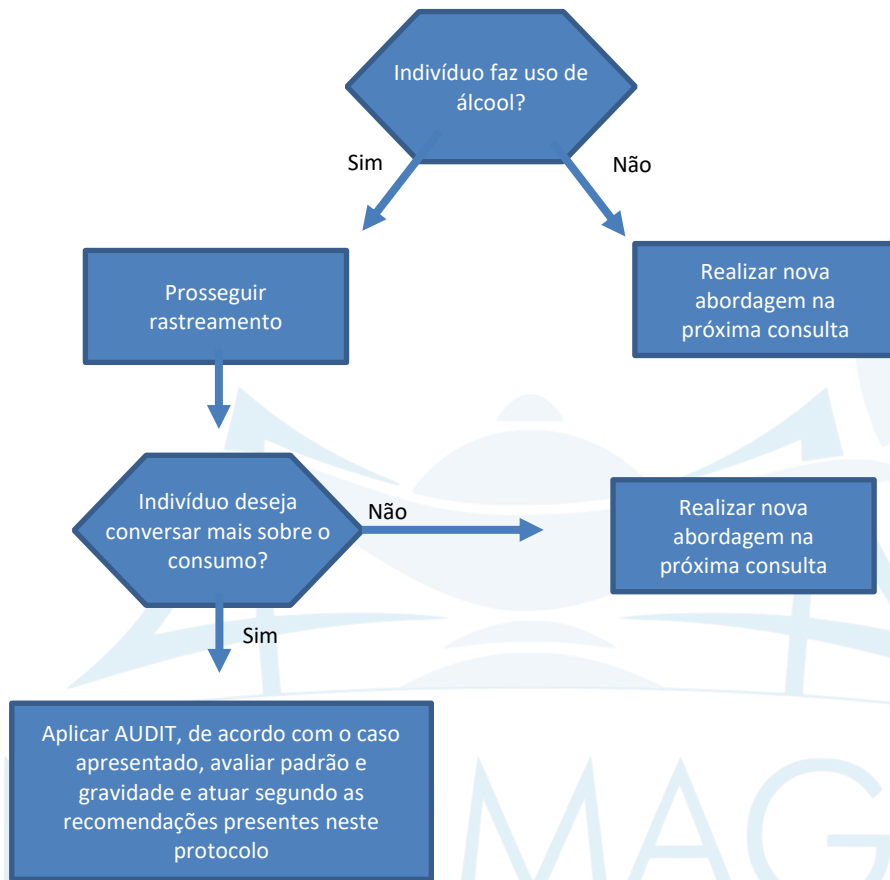
#### 7.2 – RASTREAMENTO

O rastreamento inicia através do questionamento se a pessoa faz uso de álcool dentro de um contexto acolhedor, de cuidado e respeitoso. Caso a resposta seja positiva, o profissional de saúde deverá avaliar o padrão de uso e a gravidade deste por meio do instrumento de rastreamento AUDIT (OMS, 2001). **A primeira abordagem é crucial e poderá fazer toda a diferença no sucesso de vínculo entre usuário e profissional e no monitoramento subsequente**, a orientação é que os enfermeiros devem sempre escolher a melhor circunstância possível para administrar os questionários de rastreamento, objetivando alcançar os melhores desfechos possíveis.

Uma escuta ativa, humanizada, acolhedora e sem julgamentos possibilita a construção do vínculo, a compreensão das vivências e a relação da pessoa com o álcool. As pessoas abusam e têm prejuízo com o uso de álcool por diferentes motivos. O foco da avaliação inclui a pessoa, sua história de vida, recursos e sofrimento, e não somente as substâncias utilizadas e seus efeitos (Brasil, 2015).

O fluxograma abaixo ilustra quais perguntas devem conduzir o rastreamento:

Fluxograma 7.1 – Rastreamento de consumo de álcool



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Vale informar também que mesmo em situações em que a pessoa esteja apresentando sinais físicos sugestivos de uso de álcool e/ou outras drogas quando questionado, o mesmo poderá **negar o consumo e ainda omitir informações e/ou problemas relacionados com o consumo**. Nestes casos, é importante que o enfermeiro assuma uma **abordagem empática**, de apoio e **mantenha a porta do serviço aberta** para o retorno da pessoa quando esta desejar retornar e buscar ajuda.

O principal instrumento de rastreamento para o uso de álcool é o **AUDIT** (do inglês Alcohol Use Disorders Identification Test) que pode ser traduzido para **Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool** desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). É um método simples de triagem para consumo excessivo de álcool e para auxiliar na breve avaliação. O AUDIT identifica 04 padrões de uso de álcool que são: **uso de baixo risco; uso de risco; uso prejudicial e provável dependência**; é de fácil aplicação e correção e com validação transcultural, incluindo o Brasil (OMS, 2001).

O questionário apresenta 10 perguntas, sendo que cada pergunta conta com opções de resposta com pontuação que varia de 0 - 4. A opção que melhor descreve a situação do paciente deve ser assinalada e ao final, deve-se fazer o somatório de todos os pontos obtidos nas 10 perguntas, obtendo-se um **score** total.

**Quadro 7.3 – Teste AUDIT - versão completa**

<b>ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT) – TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL</b>	
<b>Centro de Saúde:</b>	
Nome:	
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	
Idade:	
Data:	
<b>Orientação para o início da entrevista:</b>	
<b>“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”.</b>	
1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana	6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
2. Quantas doses alcoólicas você costuma beber por dia? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais	7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias

<p>3. Com que frequência você consome 06 ou mais doses em uma mesma ocasião?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p>	<p>10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<b>TOTAL:</b>	

Fonte: Adaptado de WHO, 2001.

## Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

### 7.3 – INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA COM SUPORTE DO AUDIT

Após aplicação do AUDIT torna-se fundamental a interpretação dos resultados seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) para que o paciente receba as orientações conforme o padrão de consumo identificado no teste, a partir do *score* total obtido.

#### Quadro 7.4 – Interpretação dos resultados do AUDIT e os Cuidados de enfermagem

PADRÃO IDENTIFICADO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	QUEM DEVE EXECUTAR
<b>USO DE BAIXO RISCO (0-7 PONTOS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Discutir informações sobre o consumo de álcool e os limites de beber de baixo risco</li> <li>● Educação à saúde em geral</li> <li>● Indicar consumo zero quando:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Menores de 18 anos; Gestantes, nutrizas ou mulheres que estão tentando engravidar</li> <li>○ Apresentar condições de saúde que podem ser agravadas pelo álcool</li> <li>○ Fizer uso de medicamentos que apresentam interação com o álcool</li> </ul> </li> </ul>	<b>ENFERMEIRO (A)</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ For dirigir veículo automotor, operar máquinas ou realizar outras atividades que envolvam riscos</li> </ul> <p>Não conseguir controlar o consumo</p>	
<p><b>USO DE RISCO (8-15 PONTOS)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliar estágio de mudança</li> <li>● Realizar intervenção breve com vistas ao consumo moderado ou abstinência</li> <li>● Elaboração de um PTS</li> </ul> <p>Propor e estabelecer metas para a redução ou abstinência</p>	
<p><b>USO NOCIVO/ PREJUDICIAL (16- 19 PONTOS)</b></p>	<p><b>Não medicamentosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliar sinais/sintomas de abstinência SAA - usando a escala CIWA-Ar (<i>Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised</i>)</li> <li>● Avaliar estágio de mudança</li> <li>● Ofertar desintoxicação em local adequado (ver <a href="#">quadro 7.16</a> "Condutas básicas de Enfermagem frente ao quadro de SAA Leve a Moderada")</li> <li>● Realizar intervenções breves</li> <li>● Abordagem familiar/rede de apoio se a pessoa permitir (utilizar ferramentas Ecomapa e Genograma)</li> <li>● Monitorar evolução do paciente no cumprimento das ações previstas em seu PTS</li> <li>● Discutir/compartilhar cuidado com equipe multiprofissional: matriciamento, <i>round</i> clínico</li> </ul> <p><b>ENFERMEIRO (A) SOLICITE:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Perfil Lipídico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Colesterol Total</li> <li>● LDL (<a href="#">através de cálculo pela fórmula: Protocolo 1</a>, página 20)</li> <li>● HDL</li> <li>● Triglicérides</li> </ul> </li> <li><b>2. Avaliação da Função Hepática</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● TGO (transaminase oxalacética)</li> <li>● TGP (transaminase pirúvica)</li> <li>● Fosfatase Alcalina (FA)</li> <li>● Gama GT (GGT)</li> <li>● Bilirrubinas</li> </ul> </li> <li><b>3. Função Renal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Creatinina</li> <li>● Ureia</li> </ul> </li> <li><b>4. Hemograma Completo</b></li> </ol> <p><b>CONDUTA MEDICAMENTOSA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● PRESCREVA:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Ácido Fólico:</b> 5 mg por dia, via oral</li> </ol> <p><b>Reavaliar:</b> no máximo em 30 dias</p>	

	<p><b>2. Tiamina:</b> 300 mg por dia, via oral <b>Reavaliar:</b> no máximo em 30 dias</p>	
<p><b>PROVÁVEL DEPENDÊNCIA (ACIMA DE 20 PONTOS)</b></p>	<p><b>CONDUNTA NÃO MEDICAMENTOSA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliar sinais/sintomas de abstinência SAA - usando a escala CIWA-Ar (<i>Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised</i>)</li> <li>● Fornecer orientações acerca do uso de risco do álcool, danos e consequências</li> <li>● Avaliar estágio de mudança</li> <li>● Ofertar desintoxicação em local adequado (ver quadro XX “Condutas frente ao quadro de SAA Leve a Moderada”</li> <li>● Compartilhar PTS com CAPS-ad caso necessário</li> <li>● Realizar intervenções breves</li> <li>● Propor e estabelecer metas para a redução ou abstinência</li> <li>● Abordagem familiar/rede de apoio se a pessoa permitir (utilizar ferramentas Ecomapa e Genograma)</li> <li>● Monitorar evolução do paciente no cumprimento das ações previstas em seu PTS</li> <li>● Discutir/compartilhar cuidado com equipe multiprofissional (matriciamento, round clínico, interconsulta)</li> </ul> <p>● <b>SOLICITE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Hemograma Completo</b></li> <li>● <b>Perfil Lipídico</b></li> <li>● Colesterol Total</li> <li>● LDL (através de cálculo de fórmula protocolo 1)</li> <li>● HDL</li> <li>● Triglicérides</li> <li>● <b>Função Hepática</b></li> <li>● TGO (transaminase oxalacética)</li> <li>● TGP (transaminase pirúvica)</li> <li>● Fosfatase Alcalina (FA)</li> <li>● Gama GT (GGT)</li> <li>● Bilirrubinas</li> <li>● <b>Função Renal</b></li> <li>● Creatinina</li> <li>● Ureia</li> </ul>	

**CONDUTA MEDICAMENTOSA:**

**PRESCREVA:**

- **Ácido Fólico:** 5 mg por dia, via oral.  
**Reavaliar:** no máximo a cada 30 dias conforme seu PTS
- **Tiamina:** 300 mg por dia, via oral  
**Reavaliar:** no máximo a cada 30 dias conforme seu PTS
- **Para pessoas com risco de subnutrição** ou  $IMC \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$  que **não aceitaram iniciar desintoxicação:**
- Prescrever **Tiamina 100 mg** ou **B1+B6+B12 – 1 ampola** via **IM** por semana

**Reavaliar:** semanalmente e no máximo a cada 30 dias, conforme seu PTS traçado

**Atenção!** Caso apresente sinais clínicos de neuropatia periférica, pelagra ou desorientação, encaminhar para avaliação médica.

Fonte: Adaptado de OMS (2001); PAHO (2020); Brasil (2021).



**FIQUE SABENDO!!!**

O **AUDIT** é um instrumento que pode ser **utilizado por todos os profissionais da equipe de saúde**. Para tanto, o treinamento contínuo da equipe de enfermagem é fundamental.

### 7.3.1 – Intervenção breve (*Brief intervention*)

Intervenção breve (IB) é uma técnica recomendada para abordagem das pessoas que consomem álcool e visa primariamente, **detectar um problema real ou ou um potencial problema relacionado ao consumo de álcool e/ou outras drogas**, e assim, aumentar a percepção e a conscientização do indivíduo sobre o seu consumo (OMS, 2001; FLORIANÓPOLIS, 2010; MARQUES e FURTADO, 2004).

O quadro 7.5 abaixo descreve as principais características das Intervenções Breves

**Quadro 7.5 – Principais características das intervenções breves**

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS INTERVENÇÕES BREVES
1. Abordagem estruturada, limitada e direcionada para um foco, que é a mudança de comportamento
2. Aplicada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, e outros profissionais da saúde capacitados
3. Fácil aplicação, baixo custo e curta duração. Utilizada com homens e mulheres, sem limitação de idade
4. Realizadas por meio de uma a quatro sessões de conversa, que podem durar desde 5 minutos, na forma de orientação breve, até 15 a 30 minutos
5. Deve ser FOCAL (focando na problemática principal) e OBJETIVA
6. Oportunidade para pensar, refletir e aprender sobre os riscos potenciais do consumo
7. Permite a reflexão sobre estágio atual e as possibilidades terapêuticas
8. Importante para estabelecimento de metas, automonitorização, identificação das situações de risco
9. Enfoque educativo e motivacional para a redução ou cessação do uso de álcool e/ou outras drogas
10. Base teórica é a Entrevista Motivacional e utiliza o Método FRAMES
11. Deve fazer parte da rotina dos profissionais de saúde para abordar a mudança de comportamento, sendo altamente recomendada sua utilização combinada com o uso dos questionários de rastreamento
12. Método de promoção da saúde e prevenção de doenças para a população em geral
13. Abordagem multiprofissional no âmbito da atenção primária à saúde e na atenção especializada, sendo o papel do enfermeiro fundamental neste processo

Fonte: Adaptado de OMS (2001); FLORIANÓPOLIS (2010); MARQUES e FURTADO (2004).

Durante as intervenções breves, aplica-se o método **FRAMES**, que é uma abordagem breve e estruturada utilizada para orientar intervenções motivacionais com pessoas que apresentam consumo de álcool. Esse método é especialmente útil no contexto da atenção primária e tem como objetivo promover a conscientização e a motivação para mudanças comportamentais. Cada letra no acrônimo **FRAMES** representa um componente da intervenção conforme descrito abaixo:

**Quadro 7.6 – Método FRAMES**

O QUE	ELEMENTOS	DESCRIÇÃO	APLICAÇÃO
<b>ELEMENTOS DA INTERVENÇÃO BREVE (FRAMES)</b>	<b>FEEDBACK</b>	Realizado a partir dos dados obtidos com as avaliações feitas até o momento, baseado em dados objetivos, como exames clínicos e sintomas observados e resultado de teste de rastreamento	Dar feedback à pessoa de forma clara e transparente sobre os riscos e efeitos do consumo de álcool em sua saúde, e após aplicação do AUDIT. Utilizar termos acessíveis à pessoa Ex: “Pelo que conversamos...” ou “Pelo resultado do seu teste, parece que você está bebendo uma quantidade que pode lhe causar sérios problemas de saúde ou sociais – vamos conversar um pouco mais sobre isso?”
	• <b>RESPONSIBILITY RESPONSABILIDADE</b>	Ênfase na responsabilidade pessoal do paciente pela mudança, reconhecendo que a decisão de mudar depende do próprio paciente	Discutir com o paciente/família a decisão de mudar o hábito de beber e sobre as metas a serem atingidas no tratamento, enfatizando a responsabilidade e decisão pessoal. Ex: “Pelo que você está me dizendo, a quantidade que você bebe está causando algum prejuízo”. “A decisão de reduzir ou parar o consumo é sua; estamos aqui para apoiar essa escolha.” Como podemos ajudar? Estou aqui para ajudar, se quiser”
	• <b>ADVICE ACONSELHAMENTO</b>	Recomendações claras para que a pessoa modifique seus hábitos	Dar orientações claras e oferecer à pessoa material informativo sobre o uso de álcool Ex.: “Podemos conversar um pouco sobre os prós e conta da redução ou cessação do uso? ” “Reduzir o consumo de álcool pode melhorar sua saúde e prevenir complicações graves”
	• <b>MENU OF OPTIONS MENU DE OPÇÕES</b>	Apresentação de um menu de opções para	Discutir menu de opções com estratégias para modificação do

		reduzir o consumo ou buscar ajuda	comportamento atual para reduzir ou parar o consumo. Ex.: “Podemos conversar sobre as estratégias terapêuticas para enfrentar essas situações, tais como medicamentosas e não medicamentosas, comportamentos de risco ou gatilhos, e fatores de proteção como por exemplo sair com alguém de confiança ou evitar certas amizades ou lugares, etc” "Você pode considerar frequentar um grupo de apoio, sessões de terapia ou técnicas de autocontrole"
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>EMPATHY</b> <b>EMPATIA</b></li> </ul>	Adotar uma postura empática, respeitosa e sem julgamentos para abordagem e no entendimento do problema	Evitar comportamento confrontador, agressivo ou de julgamentos. Ex.: “Entendo sua preocupação, quer me contar mais sobre isso? “Imagino o quanto isso pode ser difícil, mas acredito que é possível "Sei que não é fácil mudar hábitos, mas estou aqui para ajudar no que for preciso"
	<p><b>SELF-EFFICACY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>AUTOEFICÁCIA</b></li> </ul>	Reforço da autoeficácia. Encorajar o paciente a acreditar em sua capacidade de mudar e alcançar objetivos	Aumentar a motivação da pessoa para o processo de mudança, auxiliando-o a ponderar os "prós" e "contras" associados ao uso de substâncias psicoativas. Elogiar os avanços e discutir as dificuldades Ex.: “Percebo que você está conseguindo seguir com o plano de tratamento, como tem se sentido? Há mais alguma coisa que podemos fazer para ajudar? “Com o apoio certo e o seu comprometimento, você pode fazer mudanças positivas"

Fonte: SUPERA, 2018.

Para melhor condução da avaliação do paciente e alcance dos objetivos das Intervenções Breves, o quadro abaixo apresenta as principais estratégias a serem utilizadas pelos enfermeiros na abordagem ao paciente.

**Quadro 7.7 – Estratégias aplicadas para atingir os objetivos da IB**

O QUE	DESCRIÇÃO	QUEM PODE UTILIZAR
<b>ESTRATÉGIAS NA INTERVENÇÃO BREVE</b>	Esclarecer sobre riscos atuais e futuros do consumo	<b>ENFERMEIRO (A)</b>
	Esclarecer sobre redução do consumo	
	Esclarecer sobre cessação do consumo	
	Avaliar nível de motivação da pessoa para a mudança	
	Ofertar menu de ações	
	Oferecer programa estruturado de tratamento	
	Ajudar a pessoa a detectar situações de risco	
	Discutir rede de suporte	
	Aplicar questionários, inventários e/ou escalas que corroborem a existência dos problemas (AUDIT, MINIXAME do estado mental, etc.)	
	Discutir plano de cuidado/intervenção	

Fonte: Adaptado de MARQUES e FURTADO, 2004.

### 7.3.2 – Avaliação do Estágio Motivacional

Durante a avaliação inicial e avaliações subsequentes, é necessário realizar uma análise do estágio motivacional para a mudança de comportamento em que o indivíduo se encontra, para que se possa oferecer propostas dentro da sua real capacidade de mudança. Neste sentido, o Modelo Transteórico (ou Transteorético), desenvolvido por *Prochaska e DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1992)* descrevem os estágios de mudança de comportamento (ou motivacionais) que os enfermeiros podem identificar nos indivíduos durante a sua rotina de atendimento. Os estágios motivacionais do modelo estão descritos abaixo e são:



Fonte: Adaptado de Prochaska & DiClemente (1992); OMS (2017).

**Quadro 7.8 – Estágios motivacionais e condutas de enfermagem**

	ESTÁGIO	DESCRIÇÃO	COMO ABORDAR?	QUEM
ESTÁGIOS DA MUDANÇA	ESTÁGIO PRÉ-CONTEMPLATIVO	Quando o indivíduo não reconhece que tem um problema em seu comportamento, ou seja, não reconhece que o consumo atual de álcool seja um problema, então nem considera uma mudança	Abordagem motivacional. Evitar confrontos. Manter a porta do serviço aberta	ENFERMEIRO (A)
	ESTÁGIO CONTEMPLATIVO	Quando o indivíduo começa a contemplar a possibilidade de existência de um problema, como por exemplo, começa a perceber que o consumo atual pode ser um problema, e entra em um processo de ambivalência, analisando os prós e contras de seu comportamento e da possibilidade de mudar	Abordagem motivacional. Evitar confrontos. Discutir prós e contras do uso. Discutir possibilidades de manejo	
	PREPARAÇÃO	Quando o indivíduo começa a buscar recursos e opções para efetivar a mudança, uma vez que reconhece o problema	Abordagem motivacional. Evitar confrontos	

			Discutir possibilidades de manejo e tratamento. Propor projeto terapêutico singular (PTS)
	<b>AÇÃO</b>	Quando o indivíduo consegue colocar em prática a mudança, seja a redução do consumo ou a cessação do uso de álcool	Apoiar/dar suporte técnico. Discutir gatilhos. Monitoramento
	<b>MANUTENÇÃO</b>	Quando o indivíduo precisa reforçar a mudança que já houve, a partir de estratégias direcionadas para esta etapa, com foco em prevenção da recaída	Monitoramento. Prevenção a recaída
	<b>RECAÍDA OU RETORNO</b>	Retorno ao comportamento de risco, ou retorno do uso do álcool, que pode acontecer e faz parte do processo, devendo o indivíduo evitar o desencorajamento e renovar suas estratégias para reforçar a mudança	Revisar PTS Ajustar metas. Encoraja Motivar Dar suporte

Fonte: Adaptado de Prochaska & DiClemente (1992); OMS (2017).

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



### IMPORTANTE!!!

Na prática, esses estágios não ocorrem em uma sequência estática, mas sim de forma dinâmica, variando entre si de acordo com o momento vivenciado pelo indivíduo. Cabe ao profissional de saúde identificar em qual estágio o indivíduo se encontra para desta forma melhor abordar e propor ações assertivas.

#### 7.4 – ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO (*REFERRAL TO TREATMENT*)

Após aplicação da escala de rastreamento (AUDIT) a depender da gravidade do uso, a etapa de encaminhamento para o tratamento é crucial para garantir que os pacientes com maior risco de problemas decorrentes do uso de álcool recebam o suporte necessário. Conforme já discutido, muitos casos serão triados e manejados pela equipe da APS, contando com o suporte matricial das equipes de saúde mental. Nestes casos, dependendo do nível de risco identificado, as estratégias variam desde intervenções e aconselhamentos breves até um manejo mais customizado (PTS).

Entretanto, conforme a OMS (2001) os pacientes triados e que apresentam pontuação que indique provável dependência ( $\geq 20$  pontos no AUDIT) devem ser avaliados para possível encaminhamento para diagnóstico e tratamento especializado, como por exemplo no CAPSad ou até internação hospitalar caso haja necessidade. Tal tratamento especializado inclui a avaliação para diagnóstico e poderá incluir terapias não medicamentosas como acompanhamento psiquiátrico, terapias individuais ou em grupos, assim como terapias medicamentosas.

A OMS ainda discute que mesmo pacientes com escore  $< 20$  no AUDIT, porém que apresentam forte suspeita de síndrome da dependência de álcool, história prévia de dependência ou complicações hepáticas, pessoas com transtornos mentais severos ou pessoas que não obtiveram sucesso com as abordagens prévias (intervenções breves/aconselhamentos/monitoramento) devem também serem avaliados sobre a necessidade de encaminhamento especializado. Vale ressaltar com o paciente que haverá compartilhamento do cuidado entre as equipes.

Durante o encaminhamento, é essencial que o profissional de saúde ofereça suporte empático, explique a importância do tratamento no serviço especializado e ajude o paciente a acessar serviços disponíveis, garantindo uma transição tranquila para o próximo nível de cuidado. Idealmente um contato telefônico com o serviço especializado para discutir o caso, fazer o agendamento da consulta e enviar uma carta de encaminhamento por escrito, tendem a facilitar o acesso do paciente, reduzindo a chance de falhas de comunicação e negativas de acesso ao novo serviço (OMS, 2001; OMS, 2022).

Para ilustrar todas as etapas da abordagem SBIRT descritas acima, segue abaixo o quadro resumo.

**Quadro 7.9 – Etapas da abordagem SBIRT para o consumo de álcool**

	ETAPA	OBJETIVO	COMO FAZER
<b>ABORDAGEM AO CONSUMO DE ÁLCOOL</b>	<b>RASTREAMENTO (SCREENING)</b>	Identificar padrão de consumo de álcool (uso de baixo risco; uso de risco; uso prejudicial e provável dependência)	Aplicar o AUDIT
	<b>INTERVENÇÕES BREVES (BRIEF INTERVENTION)</b>	Abordagem estruturada, limitada e direcionada para a mudança de comportamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Utilizar o método FRAMES</li> <li>● Avaliar estágio motivacional</li> <li>● Realizar aconselhamento</li> <li>● Pactuar PTS a partir do resultado do AUDIT (padrão de consumo)</li> </ul>

	<p><b>ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO (REFERRAL TO TREATMENT)</b></p>	<p>Encaminhar/ compartilhar cuidados de pacientes com pontuação <math>\geq 20</math> no AUDIT para diagnóstico e tratamento especializado (CAPSad ou hospital)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar contato telefônico com o serviço especializado para discutir o caso</li> <li>● Fazer o agendamento da consulta</li> <li>● Enviar carta de encaminhamento por escrito</li> <li>● Realizar co-gestão do caso</li> </ul>
--	--	--	---

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

### 7.5 – REDUÇÃO DE DANOS

A redução de danos (RD) é uma abordagem de saúde pública voltada para minimizar os impactos negativos do uso de substâncias psicoativas, sem necessariamente exigir a interrupção completa do uso. Ela reconhece que algumas pessoas podem não estar prontas ou dispostas a abandonar completamente o uso de drogas, e, em vez de focar exclusivamente na abstinência, busca estratégias que promovam a segurança, dignidade e saúde dessas pessoas. Prevê estratégias de baixa exigência, conforme possibilidades/motivação da pessoa, compreendendo cada contato e busca pelo serviço como uma oportunidade de fortalecimento do vínculo e proposição de cuidados. O foco do cuidado é na pessoa, não na SPA (BRASIL, 2015).

Embora o **foco na abstinência** esteja claro na Política Nacional Sobre Drogas do Ministério da Saúde de 2019, a redução de danos ainda é mencionada como uma abordagem complementar, principalmente em contextos em que a interrupção imediata do uso não é viável ou segura.

**Quadro 7.10 – Estratégias de RD**

ESTRATÉGIAS DE RD	COMO FAZER?	QUEM PODE FAZER?
<p><b>PROMOVER A SAÚDE E A SEGURANÇA DO USUÁRIO</b></p>	<p>Oferecer acesso a seringas limpas ou programas de testagem de substâncias, reduzem o risco de infecções, como HIV ou hepatite, e de overdoses, que podem ser fatais</p>	<p><b>ENFERMEIRO (A)</b></p>
<p><b>FOMENTAR UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA</b></p>	<p>Realizar uma abordagem não punitiva e empática, com a finalidade de construção de confiança entre o profissional e o indivíduo</p>	
<p><b>FAVOREVER INTERVENÇÕES PROGRESSIVAS</b></p>	<p>Possibilitar que o indivíduo, no seu próprio ritmo, se engaje em processos de mudança, eventualmente chegando à redução do consumo ou mesmo à abstinência, mas sempre de forma segura ao mesmo</p>	
<p><b>DIMINUIR A MARGINALIZAÇÃO E O ESTIGMA</b></p>	<p>Reconhecer que o uso de substâncias é uma realidade complexa e que a marginalização do indivíduo pode agravar ainda mais os problemas de saúde pública. Ofertar cuidado e serviços à</p>	

essa população é crucial para reduzir o estigma e promover a inclusão social

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

## 7.6 – INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA AGUDA

O número de doses necessário para cada indivíduo atingir uma determinada alcoolemia varia bastante, pois irá depender da sua tolerância, da velocidade de ingestão e da absorção (muito mais rápida se estômago vazio) e do tipo de bebida utilizada, bebidas com maior concentração alcoólica são absorvidas mais rápido. (BRASIL, 2021b). Importante observar que até 90% das pessoas que bebem em excesso não são dependentes do álcool (CARVALHO *et al.*, 2023).

Dependendo das características pessoais do/a usuário/a e do nível de consumo de álcool, uma avaliação mais minuciosa pode ser mais difícil. Alguns usuários/as podem se tornar mais agressivos, hostis, barulhentos e sarcásticos. A equipe deverá evitar confrontos que possam levar à quebra de vínculo, por isso a ajuda de amigos e familiares é imprescindível nesses casos (BRASIL, 2013).

### Quadro 7.11 – Critérios de diagnóstico para intoxicação por álcool

#### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE ACORDO COM O DSM-5

- Ingestão recente de álcool
- Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, humor instável, julgamento prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após a ingestão de álcool
- Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de álcool:
  - Fala arrastada
  - Incoordenação
  - Instabilidade na marcha
  - Nistagmo
  - Comprometimento da atenção ou da memória
  - Estupor ou coma

Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância

Fonte: BRASIL, 2021b.

As condutas de Enfermagem frente ao quadro de intoxicação alcoólica aguda estão contidas no quadro a seguir.

**Quadro 7.12 – Condutas da Enfermagem frente ao quadro de intoxicação aguda por álcool**

TIPO DE CONDUTA	CONDUTA	QUEM PODE FAZER
<b>INTERVENÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar interrupção da ingestão do álcool</li> <li>• Proporcionar ambiente seguro e livre de estímulos (Sala de observação)</li> <li>• Abordar a pessoa em 05 profissionais em caso de agitação ou intoxicação</li> <li>• Monitoramento dos sinais</li> <li>• Monitorar nível de consciência (se Glasgow* &lt; 13 acionar médico (a))</li> <li>• Acionar rede de contatos da pessoa (familiares)</li> <li>• Realizar escuta da pessoa e do familiar, se possível</li> <li>• Realizar aconselhamento e intervenção buscando um vínculo com a pessoa</li> <li>• Ofertar tratamento em local adequado</li> <li>• Liberar paciente da unidade de saúde com segurança para evitar quedas;</li> <li>• Agendar retorno com liberação de barreiras para o acesso no serviço</li> </ul>	<p><b>TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM</b></p> <p><b>ENFERMEIRO (A)</b></p>
<b>INTERVENÇÕES MEDICAMENTOSAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para pessoas com risco de subnutrição ou IMC ≤ 18,5 kg/m<sup>2</sup>:</b> <b>PRESCREVA:</b> Tiamina 100 mg ou B1+B6+B12 – 1 ampola via IM no momento</li> <li>• <b>PRESCREVA:</b> soro glicosado e/ou glicose hipertônica 25% ou 50 % intravenoso <b>caso presente hipoglicemia, aguardar, se possível, 30 minutos após administração de tiamina 100 mg IM para iniciar**</b></li> </ul>	<b>ENFERMEIRO (A)</b>

Fonte: (DIEHL, 2010, p. 90-91).

\*Escala de coma de Glasgow no [ANEXO IV](#).

\*\* Iniciar glicose antes da tiamina pode desencadear a síndrome de Wernicke-Korsakoff

### 7.7 – SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA DO ÁLCOOL (SAA)

A síndrome de abstinência alcoólica (SAA) é uma condição clínica que ocorre em indivíduos dependentes de álcool quando há uma redução abrupta ou cessação do consumo. Caracteriza-se por uma série de sinais e sintomas, que variam de leves a graves, e pode levar a complicações sérias, como convulsões, delirium tremens (DTs) e, em casos extremos, morte.

A dependência de álcool provoca adaptações neurofisiológicas no sistema nervoso central, principalmente no equilíbrio entre os neurotransmissores excitatórios (glutamato) e inibitórios (GABA). O álcool tem um efeito inibitório, principalmente através da modulação do receptor GABA-A, o que causa sedação e relaxamento. Com o uso crônico, o organismo se adapta, aumentando a excitabilidade neuronal para contrabalançar os efeitos do álcool. Quando o consumo de álcool é interrompido, esse aumento na excitabilidade neuronal se manifesta clinicamente como sintomas de abstinência (Kiefer et al., 2003).

Os sintomas da SAA podem ser classificados em leves, moderados e graves. Os sintomas leves incluem tremores, ansiedade, náusea e insônia, enquanto os mais graves envolvem delírio, alucinações

e convulsões. O **Delirium Tremens (DTs)** é a forma mais grave, caracterizando-se por confusão mental, agitação, febre, sudorese e, frequentemente,

O diagnóstico da SAA é clínico, baseado na história de consumo de álcool e na manifestação de sintomas típicos após a interrupção ou redução do consumo. Há alguns instrumentos para avaliar a gravidade da síndrome de abstinência validados para o Brasil. Dentre estes, citamos a escala CIWA-Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised*), considerada como um bom instrumento para avaliação da gravidade da síndrome de abstinência, classificando-a em síndrome de abstinência leve, moderada ou grave, e auxiliando na definição de quais pessoas devem ser encaminhados para serviços especializados com maior ou menor urgência.

O tratamento da SAA visa a redução gradual dos sintomas, prevenindo complicações graves. A abordagem padrão inclui o uso de benzodiazepínicos (como o diazepam) para controle de sintomas, além de cuidados de suporte como hidratação, reposição de eletrólitos e vitaminas (especialmente tiamina).

A SAA é uma condição potencialmente grave que exige diagnóstico e tratamento adequados. O manejo precoce e a monitorização dos sintomas são fundamentais para prevenir complicações e garantir uma recuperação segura do paciente.

**Quadro 7.13 – Escala CIWA-Ar**

O QUE PERGUNTAR	ESCORE	PONTUAÇÃO
<b>1. VOCÊ SENTE UM MAL-ESTAR NO ESTÔMAGO (ENJOJO)? VOCÊ TEM VOMITADO?</b>	0 Não 1 Náusea leve e sem vômito 4 Náusea recorrente com ânsia de vômito 7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito	
<b>2. TREMOR COM OS BRAÇOS ESTENDIDOS E OS DEDOS SEPARADOS</b>	0 Não 1 Não visível, mas sente 4 Moderado, com os braços estendidos 7 Severo, mesmo com os braços estendidos	
<b>3. SUDORESE</b>	0 Não 4 Facial 7 Profusa	
<b>4. TEM SENTIDO COCEIRAS, SENSÇÃO DE INSETOS ANDANDO NO CORPO, FORMIGAMENTOS, PINICAÇÕES?</b>	0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Moderado / grave 5 Grave 6 Muito grave 7 Extremamente grave	
<b>5. VOCÊ TEM OUVIDO SONS A SUA VOLTA? ALGO PERTURBADOR, SEM DETECTAR NADA POR PERTO?</b>	0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Moderado / grave 5 Grave	

	6 Muito grave 7 Extremamente grave	
<b>6. AS LUZES TÊM PARECIDO MUITO BRILHANTES? DE CORES DIFERENTES? INCOMODAM OS OLHOS? VOCÊ TEM VISTO ALGO QUE TEM LHE PERTURBADO? VOCÊ TEM VISTO COISAS QUE NÃO ESTÃO PRESENTES?</b>	0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Alucinações moderadas 5 Alucinações graves 6 Extremamente graves 7 Contínua	
<b>7. VOCÊ SE SENTE NERVOSO (A)? (OBSERVAÇÃO)</b>	0 Não 1 Muito leve 4 Leve 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?	
<b>8. VOCÊ SENTE ALGO NA CABEÇA? TONTURA, DOR, APAGAMENTO?</b>	0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Moderado / grave 5 Grave 6 Muito grave 7 Extremamente grave	
<b>9. AGITAÇÃO (OBSERVAÇÃO):</b>	0 Normal 1 Um pouco mais que a atividade normal 4 Moderadamente 7 Constante	
<b>10. QUE DIA É HOJE? ONDE VOCÊ ESTÁ? QUEM SOU EU? (OBSERVAÇÃO)</b>	0 Orientado 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias 4 Desorientado com o lugar e pessoa	
	<b>TOTAL</b>	

Fonte: Brasil, (2021).

**Quadro 7.14 – Critérios de diagnóstico de SAA**

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	
0 a 9 Pontos	SAA Leve
10 a 18 Pontos	SAA Moderada
Maior que 18 Pontos	SAA Grave

Fonte: Brasil, (2021).

O nível de gravidade da SAA aferido pela CIWA-Ar pode determinar a escolha do local mais adequado: com **escore igual ou maior que 20, a pessoa deve ser encaminhada para uma unidade hospitalar para internação** ou regime intensivo para desintoxicação no próprio CAPS ad (modalidade II ou III) conforme disponibilidade de recursos sociais (família, moradia etc.) e complicações.

**Escores menores permitem a desintoxicação domiciliar ou ambulatorial.** Pessoas com SAA nível Leve/Moderada podem receber tratamento ambulatorial. As consultas devem ser frequentes. A pessoa e sua família devem ser orientadas sobre os sinais/sintomas, riscos e da necessidade de buscarem uma sala de emergência caso haja agravamento clínico.

**Quadro 7.15 – Contraindicações para tratamento da SAA/desintoxicação em unidade de atenção primária**

CONTRAINDICAÇÕES PARA TRATAMENTO DA SAA/DESINTOXICAÇÃO NA APS
Ausência de rede de apoio
< 6 (seis) horas do último uso de álcool e CIWA-Ar já está próximo de 09 (nove)
História de <i>Delirium Tremens</i>
História de convulsões durante SAA
Doença crônica mal controlada (diabetes, cirrose, hipertensão, cardiopatia isquêmica)
Doença aguda (pancreatite, hepatite, pneumonia etc.)
Sintomas graves de SAA atuais ou prévios
Doença psiquiátrica grave (psicose, risco de suicídio)
Gestante

Fonte: (BRASIL, 2021b).

O quadro abaixo apresenta o apoio mínimo que pode ser dispensado pela equipe de enfermagem ao usuário com SAA.

**Quadro 7.16 – Condutas básicas de Enfermagem frente ao quadro de SAA Leve a Moderada**

TIPO DE CONDUTA	CONDUTA	QUEM PODE FAZER?
INTERVENÇÕES NÃO MEDICAMENTOSAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assegurar interrupção da ingestão do álcool</li> <li>Se estiver realizando atividade laboral realizar cuidado compartilhado com médico (a) para afastamento enquanto usar benzodiazepínico. Não poderá realizar o benzodiazepínico e exercer atividades laborais;</li> <li>No primeiro dia de tratamento, fazer administração medicamentosa de forma assistida no centro de saúde acompanhando com pelo menos 04 avaliações de CIWA-Ar;</li> <li>Recomenda-se fazer duas doses de diazepam no centro de saúde, avaliar desfecho nas primeiras horas e encaminhar medicação diazepam 10mg para noite</li> <li>Monitorar sinais vitais</li> </ul>	ENFERMEIRO (A)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sugere-se como PTS:</li> <li>● 1ª semana – comparecer diariamente no serviço de saúde;</li> <li>● 2ª semana – comparecer 2 a 3 vezes no serviço de saúde</li> <li>● 3ª semana até 4ª semana - comparecer semanalmente.</li> <li>● Posteriormente definir PTS conforme possibilidade da unidade</li> <li>● Orientar familiares sobre os sintomas e sinais de SAA;</li> <li>● A ingestão em casa deverá ser supervisionada por um responsável que poderá manter observação do paciente durante a noite;</li> <li>● Referenciar ao CAPS-ad como suporte para desenvolvimento de PTS compartilhado (<a href="#">Quadro 7.15 - Contraindicações para tratamento da SAA/desintoxicação em unidade de atenção primária</a>).</li> <li>● Realizar intervenções breves</li> <li>● Monitorar evolução do paciente no cumprimento das ações previstas em seu PTS</li> <li>● Discutir/compartilhar cuidado com equipe multiprofissional (matriciamento, round clínico, interconsulta).</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Matriciar caso com equipe multiprofissional (psicólogo) se possível</li> <li>● Caso necessário, encaminhar para o CAPS Ad (apenas enfermeiro)</li> <li>● Se estiver realizando atividade laboral realizar cuidado compartilhado com médico (a) para afastamento enquanto usar benzodiazepínico</li> <li>● Seguir etapas não medicamentosas do “<a href="#">Quadro 7.12: Interpretação dos resultados do AUDIT e os Cuidados de enfermagem</a>”</li> </ul>	
<p><b>INTERVENÇÕES MEDICAMENTOSAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>PRESCREVA:</b></li> <li>● <b>Ácido Fólico:</b> 5 mg via oral por dia. <b>Reavaliar:</b> no máximo a cada 30 dias conforme seu PTS. Manter por até 03 meses</li> <li>● <b>Tiamina 100 mg</b> ou <b>B1+B6+B12 – 1 ampola</b> por dia por 03 dias via <b>IM</b>. <b>Reavaliar:</b> semanalmente, conforme seu PTS.</li> <li>● <b>Tiamina:</b> 300 mg via oral por dia <b>Reavaliar:</b> no máximo a cada 30 dias conforme seu PTS. Manter por até 03 meses.</li> <li>● <b>Diazepam</b> conforme protocolo vigente (<b>prescrição exclusiva médica no momento</b>)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>IMPORTANTE:</b></li> <li>● Caso apresente <b>hipoglicemia</b>, aguardar se possível, 30 minutos após administração de tiamina 100 mg IM para</li> </ul>	

iniciar administração de soro glicosado e/ou glicose hipertônica 25% ou 50 % intravenoso.

- **ATENÇÃO!!**  
**Não ingerir álcool durante o tratamento, caso contrário suspender ingestão de medicação**

Fonte: Adaptado

\*Excepcionalmente nos casos em que a tiamina injetável não estiver disponível, poderá ser utilizado para os mesmos casos compostos que contenham tiamina, como os combinados de complexo vitamínico B, via intramuscular. Para tanto, deve-se garantir que a quantidade de tiamina administrada fique o mais próximo possível das 100 mg/dia recomendadas, e que nenhum dos outros componentes ultrapassem doses seguras.



As **metas da desintoxicação ambulatorial** incluem interromper o uso de álcool de forma segura e controlada, gerenciando os sintomas de abstinência. Ao final de 7 a 10 dias, espera-se que o paciente tenha completado a desintoxicação sem complicações, não apresente mais sintomas agudos de abstinência e tenha sido avaliado para possíveis comorbidades, com o devido encaminhamento para tratamento. (BRASIL, 2021b).

Tanto a pessoa quanto os familiares devem ter recebido orientações sobre o transtorno por uso de álcool, os riscos de recaída e como agir em caso de retorno ao uso. Além disso, é desejável que a pessoa esteja mais consciente dos riscos do álcool e preparado para manter a abstinência, com o acompanhamento adequado no serviço de saúde (BRASIL, 2021b).

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## REFERÊNCIAS

BACCARI, I. O. P.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. **Recovery: revisão sistemática de um conceito.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 125–136, jan. 2015.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BRASIL. **Linhas de Cuidado.** ESCALA de coma de Glasgow. [S. l.], 24 dez. 2024. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/glasgow](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/glasgow). Acesso em: 21 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34.** Brasília-DF, 2013 Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf) >. Acesso em: 02 de fevereiro de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS).** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_tecnico\\_raps\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf). Acesso em: 06 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns\\_cab28v2.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf) >. Acesso em: 16 out 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. n. 34: Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 06 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para acidente vascular cerebral (AVC) no adulto.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/glasgow](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/glasgow). Acesso em: 06 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para transtornos por uso de álcool no adulto.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtornos-por-uso-de-alcool-no-adulto/>. Acesso em: 06 jul. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DEIXANDO DE FUMAR SEM MISTÉRIOS**. Brasília- DF: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/manual-coordenador-deixando-de-fumar-sem-misterio.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRASIL. Portaria 3088, de 23 de Dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, BRASIL, 2017.

BRASIL. Portaria n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes de organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, 2010, BRASIL.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS**. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. (2011a).

CARRIÓ, F. B. **Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 346 p.

CARVALHO, L. G. P.; OLIVEIRA, T. J.; MELO, A. L. G. **Protocolo Clínico nº 034 – Intoxicação Alcoólica Aguda**. 4. ed. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, mar. 2023. Disponível em: [https://www.fhemig.mg.gov.br/files/1394/Protocolos-Clinicos/23613/PC-34---Intoxicacao-Alcoolica-Aguda-\(2023\).pdf](https://www.fhemig.mg.gov.br/files/1394/Protocolos-Clinicos/23613/PC-34---Intoxicacao-Alcoolica-Aguda-(2023).pdf) Acesso em: 06 jul. 2025.

CASTRO, F. A. G. de; WENCESLAU, L. D. **Abordando o sofrimento mental comum na atenção primária em 7 passos** [livro eletrônico]. 1. ed. Viçosa, MG: Editora Asa Pequena, 2023. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ipab/files/2023/06/Cartilha-Abordando-o-Sofrimento-Mental-em-7-passos-1.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2025.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). **Álcool e a Saúde dos Brasileiros - Panorama 2022**. Disponível em: [https://cisa.org.br/images/upload/Panorama\\_Alcool\\_Saude\\_CISA2022\\_Final.pdf?utm\\_source=sitecisa&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=panorama\\_2022&utm\\_id=panorama2022&utm\\_term=panorama%2Bsaude%2Balcool%2Bcovid&utm\\_content=btnlink](https://cisa.org.br/images/upload/Panorama_Alcool_Saude_CISA2022_Final.pdf?utm_source=sitecisa&utm_medium=cpc&utm_campaign=panorama_2022&utm_id=panorama2022&utm_term=panorama%2Bsaude%2Balcool%2Bcovid&utm_content=btnlink). Acesso em: 06 jul. 2025.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 746, de 20 de março de 2024. Normatiza os procedimentos de enfermagem na contenção mecânica de pacientes**. Brasília: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-746-de-20-de-marco-de-2024/>. Acesso em: 06 jul. 2025.

CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; PASSOS, I. C. (Orgs.). **Psicofármacos: consulta rápida**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

CÓRDOVA, D. T. de. **Cuidado Integral à Pessoa em Sofrimento Psíquico: a qualificação possível**. 2018. 146f. Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

COSTA-ROSA, A. *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2013

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Procedimento Operacional Padrão – Maleta de Emergência**. Florianópolis: SMS, 2019. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=procedimentos+operacionais+padrao++pops&menu=9&submenuid=1478>. Acesso em: 06 jul. 2025.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação Municipal de Medicamentos – REMUME** Florianópolis 2024. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em: [https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/13\\_10\\_2017\\_13.55.42.3cce57f5063705bcaa513f6ff952173c.pdf](https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/13_10_2017_13.55.42.3cce57f5063705bcaa513f6ff952173c.pdf). Acesso em: 06 jul. 2025.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde**. Tempus – Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. Pág. 151-163, 30 abr. 2012.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. **Em busca da clínica dos afetos**. Franco TB, Ramos VC, organizadores. Semiótica, afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec, p. 176-99, 2010.

GARCÍA-CAMPAYO, J. *et al.* **Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria**. *Atención Primaria Práctica*, Barcelona, v. 24, n. 10, p. 594–601, dez. 1999.

KIEFER, F., et al. **Neurobiological mechanisms in alcohol withdrawal: A focus on the central nervous system**. *Alcohol and Alcoholism*, 38(5), 391–399, 2003.

KOSTEN, T. R., & George, T. P. (2002). **The neurobiology of alcohol withdrawal**. *Alcohol Health and Research World*, 26(1), 35–42.

KRAUSE, K. R., COURTNEY, D. B., CHAN, B. W. C., BONATO, S., AITKEN, M., RELIHAN, J. et al. **Problem-solving training as an active ingredient of treatment for youth depression: a scoping review and exploratory meta-analysis**. *BMC Psychiatry*, London, v. 21, n. 1, p. 1–22, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03260-9>.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. **Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool**. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 28–32, maio 2004. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500008>.

MAYO-SMITH, M. F. (1997). **Pharmacological management of alcohol withdrawal**. *JAMA*, 278(2), 144-151.

MENDES, F. **Definição e classificação das drogas**. In book: PREVINA - Prevenção ao uso indevido de drogas (pp.66-79) Chapter: 3 Publisher: Universidade Aberta do Brasil / Universidade Federal de São Paulo Editors: Elisaldo Araujo Carlini. 2015. Disponível em (PDF) Definição e classificação das drogas (researchgate.net).

MICHELSON, D., HODGSON, E., BERNSTEIN, A., CHORPITA, B. F., PATEL, V. **Problem solving as an active ingredient in indicated prevention and treatment of youth depression and anxiety: an integrative**

**review.** Journal of Adolescent Health, New York, v. 71, n. 2, p. 135–147, ago. 2022. Disponível em: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(22\)00453-0/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(22)00453-0/fulltext).

MILLER, W. R., & Sanchez, V. C. **Motivating young adults for treatment and lifestyle change.** 1994. In G. S. Howard & P. E. Nathan (Eds.), Alcohol use and misuse by young adults (pp. 55–81). University of Notre Dame Press.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). Form: **AUDIT-C Questionnaire.** 2015. Disponível em: Form: AUDIT-C Questionnaire (nih.gov)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas nos Serviços de Atenção à Saúde não Especializados.** 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alcohol brief intervention training manual for primary care.** Genebra: OMS, 2017. Disponível em: <https://www.issup.net/files/2017-11/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJB-290917.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Álcool.** 2023. Available at: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>. Acesso em 04 de outubro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care.** 2. ed. Genebra: OMS, 2001. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>. Acesso em: 6 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual. BRIEF project.** Copenhague: Escritório Regional da OMS para a Europa, 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364437>. Acesso em: 6 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Plano de ação global sobre o álcool 2022-2030. Resumo dos indicadores a serem monitorados nas Américas.** 2022. Available at: Serie Álcool- Plano de ação global sobre o álcool 2022-2030. Resumo dos indicadores a serem monitorados nas Américas - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Acesso em 14 de setembro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The SAFER technical package.** 2019. Available at: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool/safer>. Acesso em 26 de setembro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **REGIONAL OFFICE FOR EUROPE.** Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/364437> Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Regional status report on alcohol and health in the Americas 2020.** Washington, D.C.: PAHO, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52705>. Acesso em: 6 jul. 2025.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. **In search of how people change: applications to addictive behaviors.** *American Psychologist*, v. 47, n. 9, p. 1102–1114, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>.

PENHA, M. R. C.; PINHEIRO, A. A.; GARRETO, E. W. M.; RODRIGUES, M. F. G.; SILVA, A. M. da; SILVA, W. do N. **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTES COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO: UMA REVISÃO NARRATIVA COMPREENSIVA**. REVISTA FOCO, [S. l.], v. 18, n. 1, p. e7471, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n1-046. Acesso em: 6 jul. 2025.

PULHIEZ, G. C.; NORMAN, A. H. **Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, e2430, 26 jan. 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2430>. Acesso em: 06 jul. 2025.

RONZANI, T. M. et al. **Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas**. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 3, p. 852–861, 2005.

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. **Orientações sobre a atenção às crises em saúde mental e o acompanhamento longitudinal dos casos na Rede de Atenção Psicossocial no Município de São Paulo: estratificação e classificação de risco em saúde mental**. Estratificação e Classificação de Risco em Saúde Mental. 2023. Disponível em: [https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/atencao\\_basica/302173](https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/302173). Acesso em: 01 out. 2024.

SCHLITTLER, A.; CERON, M.; GONÇALVES, D. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). Especialização em Saúde da Família: Genograma e Ecomapa. [material didático]. p. 59–63, 22 jul. 2015. Disponível em: [https://unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_psicossocial/Unidade\\_18.pdf](https://unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_18.pdf). Acesso em: 6 jul. 2025.

SCHREIBER, J.; CULPEPPER, L. **Suicidal ideation and behavior in adults**. Revisado por: ROY-BYRNE, P. P.; SOLOMON, D. In: UpToDate [Internet]. Waltham, MA: Wolters Kluwer, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults>. Acesso em: 06 jul. 2025.

SILVEIRA, A. R. et al. **Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 17–30, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69533>. Acesso em: 6 jul. 2025.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. **SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach**. Rockville, MD: SAMHSA, 2014. Disponível em: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2025.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. **Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)**. U.S. Department of Health & Human Services, 2022. Disponível em: <https://www.samhsa.gov/sbirt>. Acesso em: 6 jul. 2025.

SULLIVAN, J. T., et al. (1989). **Assessment of alcohol withdrawal severity. The Alcohol Withdrawal Scale (AWS)**. The American Journal of Psychiatry, 146(8), 1278-1282.

TESSER, C. D.; DALLEGRAVE, D. **Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde**. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 36,

n. 9, p. 1-14, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00231519>. Acesso em: 08 out. 2024.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. **Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares (II)**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.L.], v. 16, n. 43, p. 2566, 13 jul. 2021. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfmc16\(43\)2566](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfmc16(43)2566). Acesso em: 08 out. 2024.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de. **Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas**. Saúde e Sociedade, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 336-350, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902012000200008>. Acesso em: 08 out. 2024.

TOWNSEND, M. C.; MORGAN, K. I. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). **Relatório Mundial sobre Drogas 2021**. Viena: UNODC, 2021. Disponível em: <https://wdr.unodc.org/>. Acesso em: 6 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)**. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1028?lang=en&showonly=GISAH>. Acesso em: 6 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0**. 2016a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Psychological first aid: Guide for field workers**. Geneva: WHO, 2016b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250235>. Acesso em: 6 jul. 2025.

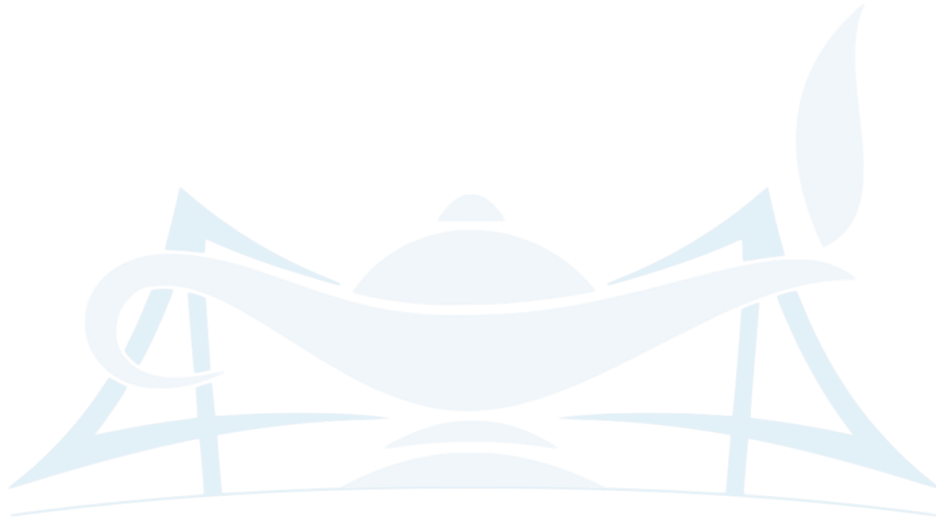
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Regional Office for Europe. Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual: BRIEF project**. Copenhagen: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364437>. Acesso em: 6 jul. 2025.

ZADERENKO, S.; VAN ZUUREN, E. J.; RAE-GRANT, A. **Suicidal ideation and behavior**. In: DynaMed [Internet]. Waltham, MA: EBSCO Information Services, 2025. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/suicidal-ideation-and-behavior#GUID-DB5CFFE7-9123-4CAD-B3BD-04825A8E9BF9>. Acesso em: 06 jul. 2025.

ZHANG, A., PARK, S., SULLIVAN, J. E., JING, S. **The effectiveness of problem-solving therapy for primary care patients' depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis**. J Am Board Fam Med 2018; 31:139–50. DOI:10.3122/jabfm.2018.01.170270.

ZEFERINO, M. T.; RODRIGUES, J.; ASSIS, J. T. (orgs.). **Crise e urgência em saúde mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial**. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3301/1/Modulo4-Crise-2015-2\\_final.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3301/1/Modulo4-Crise-2015-2_final.pdf). Acesso em: 6 jul. 2025.



# ENFERMAGEM

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

**ANEXO I - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

<b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 01</b>			
<b>Fissura no tabagismo, ausente</b>	Grau de dependência da nicotina baixo	Grau de dependência da nicotina muito elevado	Tabagismo, ausente
<b>Fissura no tabagismo, diminuída</b>	Grau de dependência da nicotina elevado	Padrão de uso de álcool em baixo risco	Tabagista, contemplativo
<b>Fissura no tabagismo, presente</b>	Grau de dependência da nicotina médio	Padrão de uso de álcool em risco	Tabagista, pré-contemplativo
<b>Frequência cardíaca, nos limites normais</b>	Grau de dependência da nicotina muito baixo	Padrão de uso de álcool nocivo ou prejudicial	Tabagista, pronto para ação
<b>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 04</b>			
<b>Abstinência mantida</b>	Comportamento autodestrutivo	Inquietação, ausente	Tentativa de suicídio
<b>Abuso de álcool</b>	Comportamento autodestrutivo, ausente	Inquietação, diminuída	
<b>Abuso de álcool, ausente</b>	Controle de sintomas de abstinência, eficaz	Intoxicação alcoólica aguda	
<b>Abuso de drogas</b>	Controle de sintomas de abstinência, ineficaz	Intoxicação alcoólica, ausente	
<b>Abuso de drogas, ausente</b>	Controle de sintomas de abstinência, melhorado	Sintoma de abstinência, álcool	
<b>Alucinação</b>	Delírio	Sintoma de abstinência, álcool ausente	
<b>Alucinação, ausente</b>	Delírio, ausente	Sintoma de abstinência, álcool diminuída	
<b>Alucinação, diminuída</b>	Ideação suicida	Sintomas psicóticos	
<b>Automutilação</b>	Ideação suicida, ausente	Sintomas psicóticos, ausentes	
<b>Automutilação, ausente</b>	Inquietação	Sintomas psicóticos, diminuídos	
<b>INESPECÍFICOS</b>			
<b>Abuso de tabaco (ou de fumo)</b>	Condição neurológica, prejudicada	Falta de resposta ao tratamento	Prurido, ausente
<b>Agitação</b>	Condição nutricional, melhorada	Fuga, ausente	Prurido, diminuído
<b>Agitação, ausente</b>	Condição nutricional, positiva	Higiene corporal, diminuída	Queda
<b>Agitação, diminuída</b>	Condição nutricional, prejudicada	Higiene corporal, melhorada	Queda, ausente
<b>Alerta (Acordado, atento, vigilante)</b>	Condição psicológica, eficaz	Higiene corporal, preservada	Regime medicamento, complexo
<b>Angústia (especificar o grau)</b>	Confinamento no domicílio	Hiperglicemia	Relação familiar conflituosa
<b>Angústia, ausente</b>	Conflito de decisão	Imagem corporal, distorcida	Relação familiar, melhorada
<b>Angústia, diminuída</b>	Conflito de decisão, ausente	Imagem corporal, perturbada	Resposta a terapia, eficaz
<b>Ansiedade</b>	Conflito de decisão, diminuído	Imagem corporal, positiva	Resposta da medicação, eficaz

<b>Ansiedade, ausente</b>	Confusão	Incontinência intestinal	Resposta da medicação, ineficaz
<b>Ansiedade, diminuída</b>	Confusão, diminuída	Ingestão de alimentos, adequada	Risco de estresse do cuidador
<b>Apetite, melhorado</b>	Convulsão	Ingestão de alimentos, aumentada	Risco de fuga
<b>Apoio familiar, adequado</b>	Convulsão, ausente	Ingestão de alimentos, diminuída	Risco de fuga, diminuído
<b>Apoio familiar, prejudicado</b>	Corpo estranho, ausente (especificar)	Ingestão de líquidos, melhorada	Risco de ingestão de alimentos, excessiva
<b>Apoio familiar, preservado</b>	Corpo estranho, presente (especificar)	Ingestão de líquidos, prejudicada	Risco de ingestão de alimentos, insuficiente (ou deficitária)
<b>Apoio social, adequado</b>	Crença de saúde conflituosa	Ingestão nutricional, melhorada	Risco de ingestão nutricional, prejudicada
<b>Apoio social, prejudicado</b>	Deambulação, eficaz	Ingestão nutricional, prejudicada	Risco de integridade da pele, prejudicada
<b>Atitude do cuidador, conflituosa</b>	Deambulação, melhorada	Inserção social, presente	Risco de lesão
<b>Atitude do cuidador, positiva</b>	Deambulação, prejudicada	Insônia	Risco de lesão, por queda
<b>Atividade motora, alterada</b>	Deglutição, melhorada	Isolamento social	Risco de queda
<b>Atividade motora, preservada</b>	Deglutição, prejudicada	Limpeza do domicílio, adequada	Risco de ser vítima de violência de parceiro íntimo
<b>Autocontrole</b>	Deglutição, preservada	Limpeza do domicílio, melhorada	Risco de ser vítima de violência de parceiro íntimo, ausente
<b>Autocuidado, inadequado</b>	Desesperança	Limpeza do domicílio, precária	Salivação, abundante
<b>Autocuidado, preservado</b>	Desorientação	Medo (especificar)	Salivação, diminuída
<b>Autoestima, diminuída</b>	Desorientação, diminuída	Medo, ausente	Socialização, eficaz
<b>Autoestima, positiva</b>	Esperança	Medo, diminuído	Sofrimento
<b>Autoimagem, negativa</b>	Estado de alerta, prejudicado	Memória, diminuída	Sofrimento, ausente
<b>Autoimagem, positiva</b>	Estresse	Memória, eficaz	Sofrimento, diminuído
<b>Baixo autocontrole</b>	Estresse do cuidador	Mobilidade física, diminuída	Solidão
<b>Capacidade do cuidador para executar o cuidado, eficaz</b>	Estresse do cuidador, ausente	Mobilidade física, preservada	Solidão, ausente
<b>Capacidade do cuidador para executar o cuidado, prejudicada</b>	Estresse do cuidador, reduzido	Não adesão ao regime de segurança	Sono, adequado
<b>Capacidade do cuidador para executar o cuidado, prejudicada</b>	Estresse dos pais	Não adesão ao regime de teste diagnóstico	Sono, melhorado
<b>Capacidade para manejar (controlar) o regime medicamentoso</b>	Estresse dos pais, ausente	Não adesão ao regime medicamentoso	Sono, prejudicado

<b>Capacidade para manejar (controlar) o regime medicamentoso, prejudicada</b>	Estresse dos pais, diminuído	Não adesão ao regime terapêutico	Sonolência
<b>Capacidade para participar no planejamento do cuidado, prejudicada</b>	Estresse, ausente	Negação (relacionado - especificar)	Suprimento de alimentos, adequado
<b>Cognição, diminuída</b>	Estresse, diminuído	Negação, diminuída (relacionado - especificar)	Suprimento de medicação
<b>Cognição, preservada</b>	Fadiga	Nível de consciência, diminuída	Tremor
<b>Comportamento agressivo</b>	Fadiga, ausente	Nível de consciência, melhorado	Tremor, ausente
<b>Consciência de sintomas</b>	Fadiga, diminuída	Nível de consciência, preservado	Tristeza
<b>Consciência de sintomas, prejudicada</b>	Falta de adesão ao regime terapêutico	Orientação	Tristeza, ausente
<b>Comportamento agressivo, ausente</b>	Falta de apetite	Orientação, melhorada	Tristeza, crônica
<b>Comportamento de busca à saúde</b>	Falta de apoio familiar	Processo familiar, eficaz	Tristeza, diminuída
<b>Comportamento de busca a saúde, prejudicado</b>	Falta de apoio social	Processo familiar, interrompido	Vítima de agressão sexual (ou estupro)
<b>Comunicação, efetiva</b>	Falta de conhecimento da família sobre a doença	Processo familiar, prejudicado	Vítima de agressão sexual (ou estupro), ausente
<b>Comunicação, prejudicada</b>	Falta de conhecimento sobre a doença	Provável dependência de álcool	Vítima de violência de parceiro íntimo
<b>Condição neurológica, eficaz</b>	Falta de conhecimento sobre o regime terapêutico	Prurido (especificar)	Vítima de violência de parceiro íntimo, ausente

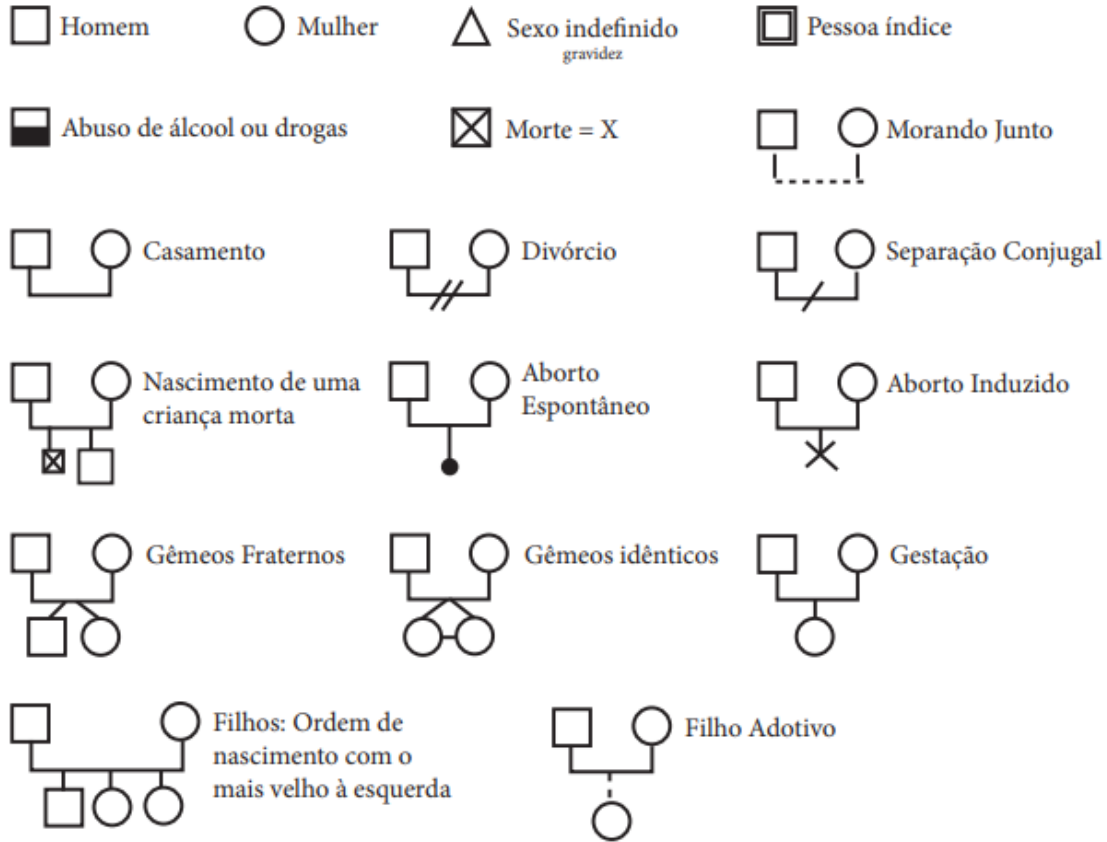
Fonte: Elaborado pelos Autores, 2024.

## ANEXO II – TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO MUSCULAR

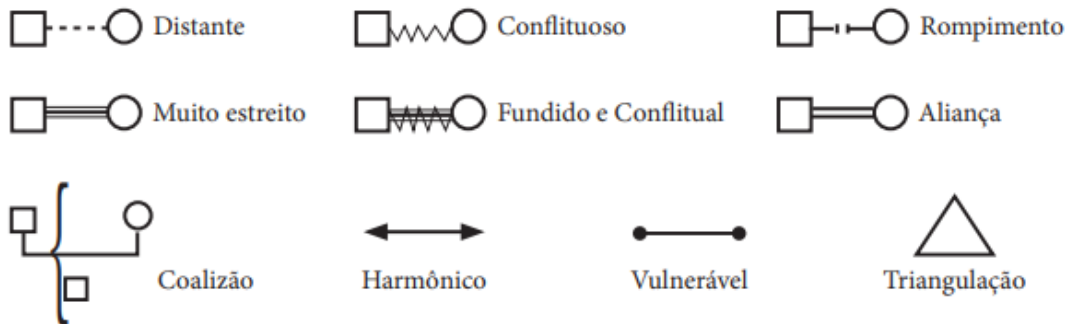
TÉCNICAS	COMO FAZER
<p><b>RESPIRAÇÃO PROFUNDA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fique em pé, com os pés afastados, joelhos ligeiramente flexionados, ombros bem colocados, porém relaxados, colocando-se da maneira mais confortável possível.</li> <li>● Em seguida, feche os olhos e deixe a cabeça pender para frente. Deixando sua cabeça pender um pouco mais agora, sem tensionar o pescoço, inspire pelo nariz lentamente.</li> <li>● Respire profundamente, deixando o abdômen se expandir enquanto você inspira.</li> <li>● Prenda um pouco sua respiração e agora expire devagar</li> <li>● Coloque o ar para fora através de seu nariz. Não se apresse e repita esse exercício quatro vezes em seu próprio ritmo.</li> <li>● Faça isso lentamente. Pare por alguns instantes se você se sentir tonto. Não se apresse e, quando você se sentir pronto, abra seus olhos devagar.</li> </ul>
<p><b>EXERCÍCIO DE RELAXAMENTO MUSCULAR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fique em pé com os pés firmemente plantados no chão, joelhos ligeiramente flexionados, ombros soltos, postura correta. Agora, feche os olhos.</li> <li>● Pressione seus pés e faça um movimento com os dedos como se fosse agarrar o chão. Aperte mais.</li> <li>● Agora, suba a pressão pelos tornozelos até a panturrilha, contraindo mais até as coxas. Continue para cima pelo abdômen e tórax. Torne-os tensos, mais e mais, continuando até chegar aos ombros.</li> <li>● Dirija a tensão pelos braços até as mãos. Feche as mãos, contraindo-as. Agora, eleve a pressão pelo pescoço, face, boca e olhos. Agora, o couro cabeludo. Mantenha a contração. Mantenha-a.</li> <li>● Agora, relaxe. Relaxe calmamente. Aos poucos, vá relaxando todo o corpo. Quando você se sentir totalmente relaxado, abra os olhos lentamente.</li> </ul>

Fonte: (BRASIL, 2019).

**ANEXO III – CONSTRUÇÃO DO GENOGRAMA**



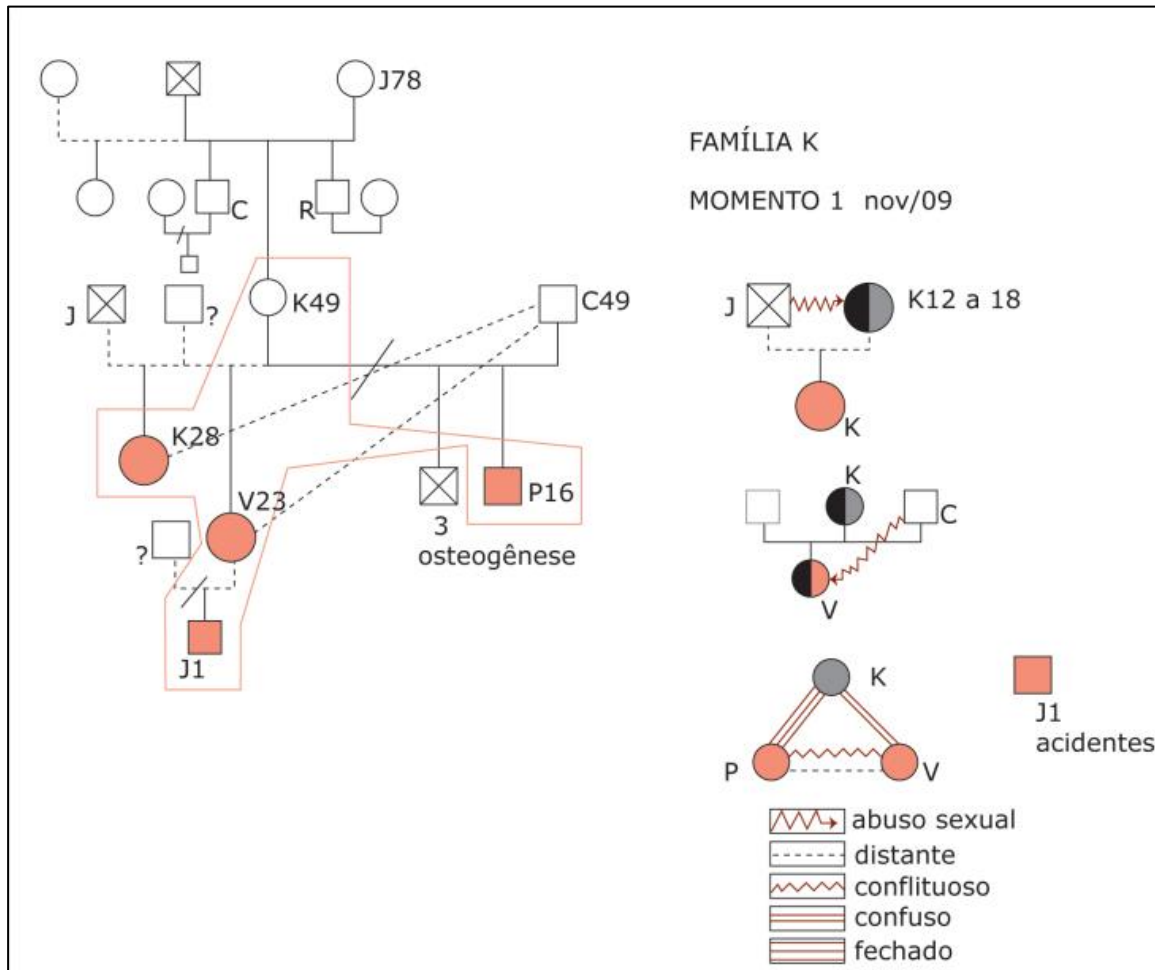
*Relacionamentos:*



Fonte: SCHLITLER et al. (2015).

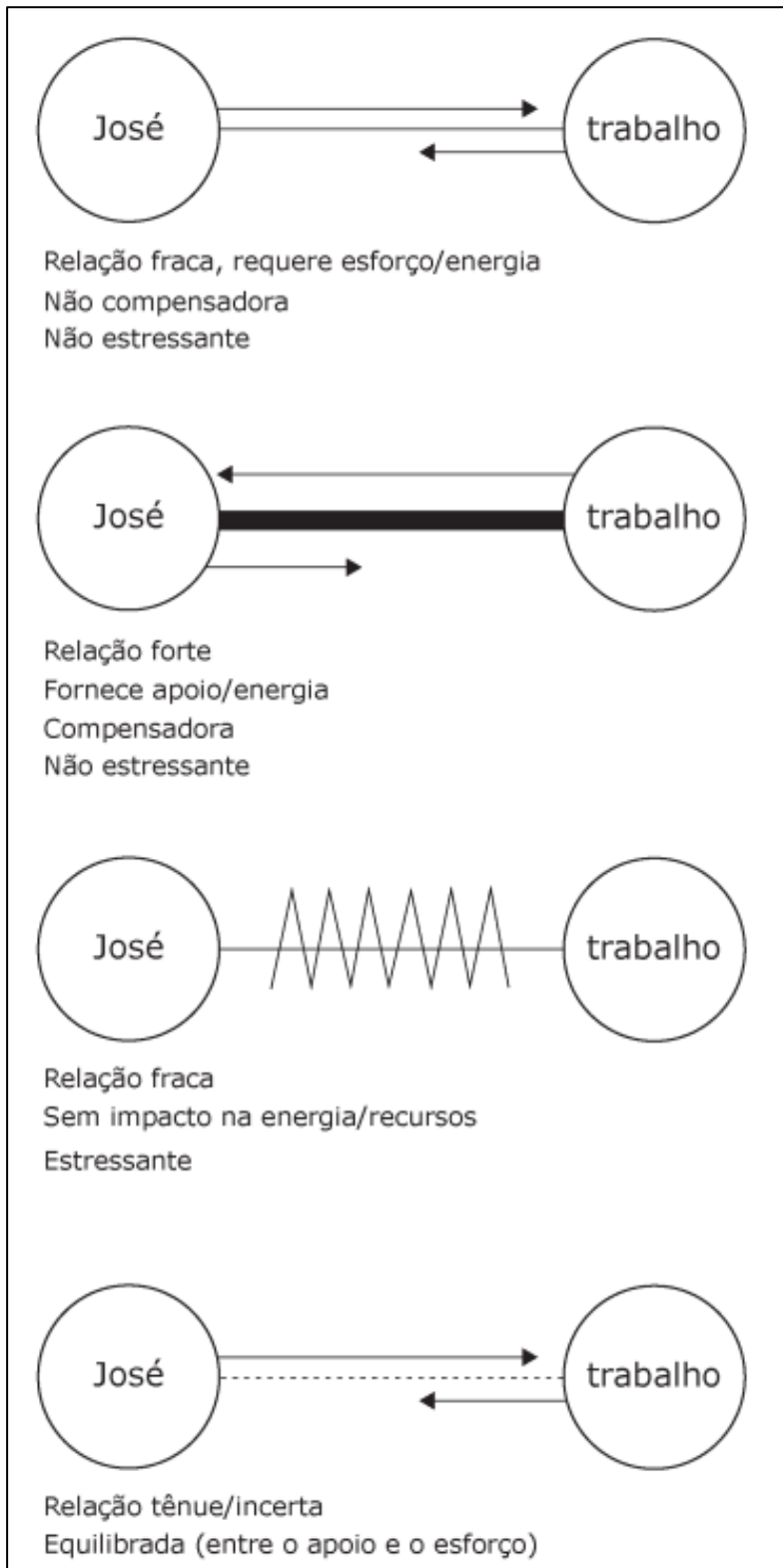


**ANEXO IV – EXEMPLO DE GENOGRAMA**



Fonte: SCHLITLER et al. (2015).

ANEXO V – EXEMPLO DE SÍMBOLOS UTILIZADOS NO ECOMAPA



Fonte: SCHLITLER et al. (2015).

**ANEXO VI – ESCALA DE COMA DE XEMPLE DE SÍMBOLOS UTILIZADOS NO ECOMAPA**

Variáveis		Escore
 <b>Abertura Ocular</b>	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
 <b>Resposta Verbal</b>	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
 <b>Resposta Motora</b>	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimentos de retirada	4
	Flexão normal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
 <b>Resposta Pupilar</b>	Nenhuma	2
	Apenas uma reage ao estímulo luminoso	1
	Reação bilateral ao estímulo	0

Fonte: Brasil, 2021a.

Observação: É preciso marcar “NT” na pontuação caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação!

1. Verifique: Identifique fatores que podem interferir na capacidade de resposta do paciente. É importante considerar na sua avaliação se ele possui alguma limitação anterior ou devido ao ocorrido que o impede de reagir adequadamente naquele tópico (Ex: paciente surdo não poderá reagir normalmente ao estímulo verbal).
2. Observe: Observe o paciente e fique atento a qualquer comportamento espontâneo dentro dos três componentes da escala.
3. Estimule: Caso o paciente não aja espontaneamente nos tópicos da escala, é preciso estimular uma resposta. Aborde o paciente na ordem abaixo:

Estímulo sonoro: Peça (em tom de voz normal ou em voz alta) para que o paciente realize a ação desejada.

Estímulo físico: Aplique pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária.

4. Pontue e some: Os estímulos que obtiveram a melhor resposta do paciente devem ser marcados em cada um dos três tópicos da escala. Se algum fator impede o paciente de realizar a tarefa, é marcado NT (Não testável). As respostas correspondem a uma pontuação que irá indicar, de forma simples e prática, a situação do paciente (Ex: O4, V2, M1 e P0 significando respectivamente a nota para ocular, verbal, motora e pupilar, com resultado geral igual a 7).
5. Analise a reatividade pupilar (atualização 2018): suspenda cuidadosamente as pálpebras do paciente e direcione um foco de luz para os seus olhos. Registre a nota correspondente à reação ao estímulo. Esse valor será subtraído da nota obtida anteriormente, gerando um resultando final mais preciso.