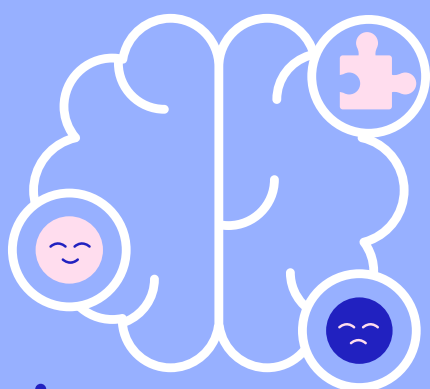



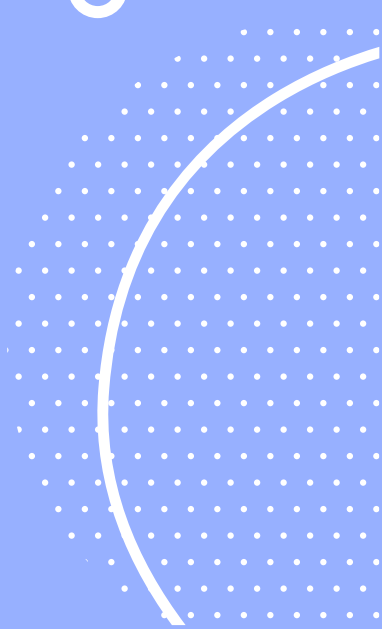
Manual de Acolhimento e Cuidado Integral em Emergências de Saúde Mental Infantojuvenil



Secretaria
de Saúde



GOVERNO DE
PERNAMBUCO
ESTADO DE MUDANÇA





Ficha Catalográfica

Manual: emergências psiquiátricas para pediatras

Elaborado por Maria Gabriela Amorim da Silva, Jadiel Luis da Silva, Yasmin Azevedo Vandavelde, Pablo Emanuel Lisboa de Oliveira; revisão por Rackel Eleutério Martins, Elaine Lima de Souza; diagramação por Carlos de Paula Rocha Costa Filho.

Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2024.

36 p.

Inclui referências bibliográficas.

1. Emergências psiquiátricas. 2. Pediatria. 3. Saúde mental infantil. 4. Manual. I. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. II. Silva, Maria Gabriela Amorim da. III. Silva, Jadiel Luis da. IV. Vandavelde, Yasmin Azevedo. V. Oliveira, Pablo Emanuel Lisboa de. VI. Título.





Colaboradores:

Maria Gabriela Amorim da Silva

Psiquiatra formada pelo Hospital Ulysses Pernambucano. Especialista em Saúde Mental da Infância e Adolescência pela Universidade Federal de São Paulo. Psiquiatra da Infância e Adolescência formada pelo Instituto de Medicina Integral de Pernambuco (IMIP). Médica plantonista do Hospital Ulysses Pernambucano.

Jadiel Luis da Silva

Psiquiatra formado pelo Hospital das Clínicas-UFPE. Especialista em Terapia Cognitivo- Comportamental para Crianças e Adolescentes (FAMAQUI-RS). Mestre em ciências da Adolescência/Hebriatria pela Universidade de Pernambuco (UPE). Médico plantonista do Hospital Ulysses Pernambucano.

Yasmin Azevedo Vandavelde

Psiquiatra formada pelo Hospital Ulysses Pernambucano. Psiquiatra da Infância e Adolescência formada pelo Instituto de Medicina Integral de Pernambuco (IMIP). Médica plantonista do Hospital Ulysses Pernambucano.

Pablo Emanuel Lisboa de Oliveira

Pediatra Formado pelo Hospital das Clínicas. Psiquiatra formado pela Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

Juliana Lucena

Fisioterapeuta sanitaria, mestre em Saúde Pública, doutoranda em Sociologia e Gerente da Política de Saúde Mental SES-PE.

Revisão:

Maria Gabriela Amorim da Silva

Psiquiatra formada pelo Hospital Ulysses Pernambucano. Especialista em Saúde Mental da Infância e Adolescência pela Universidade Federal de São Paulo. Psiquiatra da Infância e Adolescência formada pelo Instituto de Medicina Integral de Pernambuco (IMIP). Médica plantonista do Hospital Ulysses Pernambucano.

Rackel Eleutério Martins

Pediatra formada pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Psiquiatra formada pelo Hospital Ulysses Pernambucano. Especialização em Saúde Mental da Infância e Adolescência (UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo). Supervisora do programa de residência médica em psiquiatria da infância e adolescência do IMIP.

Elaine Lima de Souza

Psiquiatra formada pelo Hospital das Clínicas-UFPE. MBA em Gestão da Saúde IMIP/FPS, Superintendente Técnica Médica do Hospital Ulysses Pernambucano.

Diagramação e Arte:

Carlos de Paula Rocha Costa Filho

Publicitário formado pela Escola Superior de Marketing. Designer a Superintendência de Comunicação da Secretaria Estadual de Saúde.



Sumário



Apresentação	05
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	06
Diferenças entre Urgências e Emergências Psiquiátricas	07
Avaliação Psiquiátrica da Criança e do Adolescente	09
Classificação de Risco na Emergência Psiquiátrica	12
Principais Transtornos e Situações de Crise	14
Manejo de Agitação Psicomotora	28
A continuidade do Cuidado	37
Notificação de Agravos	41
Contatos Úteis	45
Referências Bibliográficas	47



Apresentação



Este manual foi desenvolvido para apoiar os pediatras no manejo de crises em saúde mental de crianças e adolescentes, um desafio crescente que exige não apenas habilidades clínicas, mas também empatia, organização e articulação com a rede de saúde. Reconhecendo a importância do papel do pediatra como porta de entrada para muitas famílias no sistema de saúde, este material busca oferecer orientações claras e práticas para o atendimento inicial em situações de sofrimento psíquico.

Aqui, você encontrará informações sobre acolhimento, manejo inicial, critérios de encaminhamento, notificação de casos e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A proposta é capacitar o profissional para enfrentar essas situações de forma segura e humanizada, fortalecendo a qualidade do cuidado prestado.

Esperamos que este manual sirva como um guia útil e encorajador, promovendo não apenas o fortalecimento da assistência em saúde mental, mas também a integração do pediatra em uma rede de cuidado que valoriza a dignidade e o bem-estar integral das crianças e adolescentes.

Conceitos Iniciais

O quantitativo de pacientes pediátricos com problemas de Saúde Mental que buscam o pronto socorro de um hospital (PS) está em ascensão e tal tendência é decorrente do aumento da prevalência de transtornos mentais na população infantojuvenil (incluindo uso crescente de substâncias psicoativas) e da insuficiente oferta de recursos de tratamento.

Familiares de crianças/ adolescentes em situação de emergência psiquiátrica costumam sentir insegurança, medo e angústia em relação à instabilidade do paciente e consequências do problema de saúde apresentado.

A abordagem em Saúde Mental de crianças e adolescentes no contexto de PS - emergência psiquiátrica - tem como preocupação principal determinar o risco à segurança do paciente.

O que é RAPS?

O que é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e quais seus componentes?



A RAPS é um conjunto de dispositivos que visa garantir o acesso à atenção integral e de qualidade para as pessoas em sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. A estrutura da RAPS está consolidada por meio de diversas normativas e políticas, destacando-se a Lei 10.216/2001, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, que prevê a substituição do modelo de cuidado centrado no hospital psiquiátrico por práticas mais centradas na comunidade e na rede de atenção social. Esta lei é um marco importante para a construção de um cuidado que busca promover a cidadania e a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, favorecendo a desinstitucionalização e o cuidado nas comunidades.



A portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, institui e estabelece diretrizes para a implementação e organização da RAPS, que é constituída pelos seguintes componentes:

1. Atenção Básica:

- Unidade Básica de Saúde;
- Emulti;
- Consultório na Rua;
- Centro de convivência.

2. Atenção Especializada:

- Centro de Atenção Psicossocial tipo I, II, III AD e AD III e infantil;

3. Atenção de Urgência e Emergência:

- UPA;
- SAMU;

4. Atenção Residencial de Caráter Transitório:

- Unidade de Acolhimento Adulto;
- Unidade de Acolhimento InfantoJuvenil.

5. Atenção Hospitalar:

- Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais

6. Estratégias de desinstitucionalização:

- Serviço Residencial Terapêutico (SRT);
- Programa de Volta pra Casa.



Dos dispositivos supracitados, os que atendem a demanda de emergência em saúde mental infantojuvenil, são: CAPS tipo I e Infantojuvenil; UPA; SAMU e os leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais quando estes apresentam em seu perfil o público infantojuvenil.



É importante ressaltar que os CAPS atendem demanda espontânea e trabalham na lógica que chamamos de "porta aberta", por outro lado o acesso aos leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais se dá através da Central de Regulação de Leitos.

O que é uma Emergência Psiquiátrica?

Alteração do pensamento, afeto ou comportamento com risco iminente de morte/ injúria grave ou risco social grave (para o paciente ou terceiros), que requer, portanto, intervenção imediata e inadiável.

“

Emergências Psiquiátricas são momentos críticos marcados pela fragilidade e instabilidade do paciente, que exigem intervenção terapêutica imediata.



”

Profissionais de saúde que atuam em PS devem estar atentos ao fato de que sinais e sintomas ditos "psiquiátricos" podem ser a manifestação de:

- Alterações Neurológicas;
- Decorrentes de intoxicação/ abstinência de substâncias psicoativas;
- Transtornos Psiquiátricos.

Exemplos de Emergência Psiquiátrica:

- Comportamento suicida/ automutilação grave;
- Comportamentos Disruptivos/ Heteroagressividade importante;
- Confusão mental com comportamento desorganizado;
- Mania grave;
- Psicose com agitação psicomotora;
- Manifestação ansiosa grave;
- Intoxicação Aguda Grave ou Abstinência de Substâncias Psicoativas.





E o que seria uma Urgência Psiquiátrica?

Alteração menor do pensamento, afeto ou conduta, sem ou com baixo risco de morte ou social, cujas intervenções em curto prazo contribuem para a melhora do prognóstico. Exemplo: crise de ansiedade.

Quadros que necessitam de estabilização clínica imediata:

- Paciente clinicamente instável (sinais vitais alterados);
- Escala de Coma de Glasgow inferior a 15;
- Sinal neurológico focal.

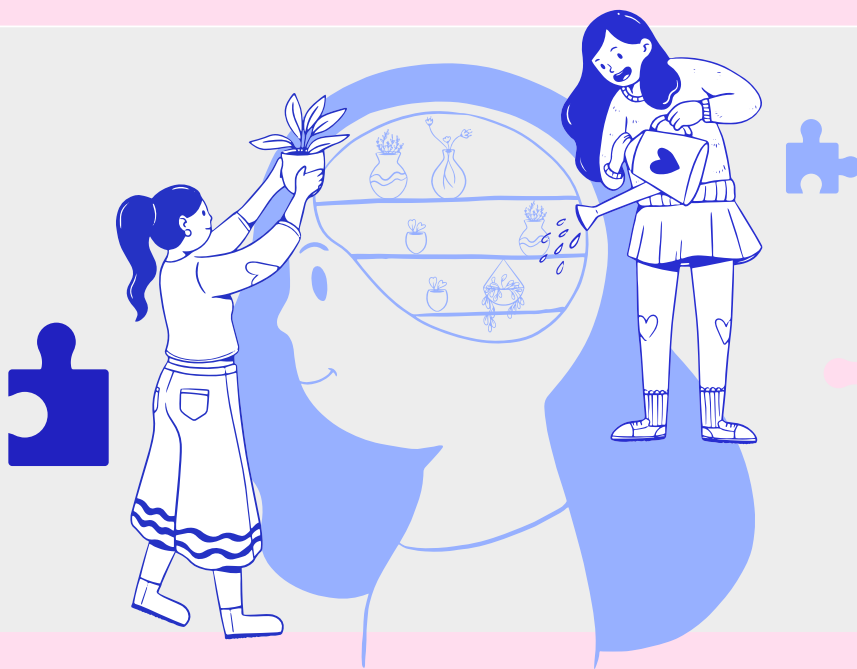
Indicam necessidade de TC de crânio para investigação diagnóstica:

- Escala de Coma de Glasgow inferior a 15;
- Suspeita de fratura de crânio;
- História de TCE grave
- Agravamento de cefaleia;
- Irritabilidade descontextualizada;
- Hematoma de grandes proporções na cabeça.

*Crianças/ adolescentes que não preenchem critérios para a realização de TC de crânio devem ficar em observação clínica por 6 horas. Os responsáveis devem ser instruídos a retornar ao PS em caso de: alteração do nível de consciência, vômitos repetidos, piora da cefaleia ou aparecimento de sintomas neurológicos focais.

“

O maior erro consiste em ignorar uma doença clínica/ física como causa de um quadro psiquiátrico!



Objetivos da Avaliação da Emergência Psiquiátrica



- Determinar a existência de risco iminente de auto ou heteroagressividade;
- Verificar a existência de transtorno mental;
- Identificar quais fatores podem ter contribuído para início ou persistência de problemas (alterações clínicas, fatores genéticos/ do desenvolvimento/ familiares ou sociais);
- Avaliar o funcionamento basal do paciente e o grau de prejuízo decorrente do transtorno mental;
- Elencar pontos fortes (bom funcionamento pré mórbido, rede de apoio familiar, acesso a serviços ambulatoriais de Saúde Mental);
- Definir sintomas alvo para o tratamento;
- Determinar se há necessidade de hospitalização.

Sugerem etiologia orgânica:

- Existência de patologia clínica;
- Ausência de manifestação prévia de transtorno mental;
- Alterações de início abrupto;
- Presença de alucinações não auditivas;
- Alterações cognitivas/ de fala/ de movimento.

Particularidades na Avaliação Psiquiátrica Criança/Adolescente

Raramente a criança/ adolescente procura um serviço de saúde por vontade própria e, a depender de sua idade e nível de desenvolvimento, pode haver incapacidade de fornecer informações sobre sua condição clínica e seu histórico de sintomas. Desse modo, os cuidadores principais (em geral, os pais) costumam ser a principal fonte de informação; contudo, a criança/ adolescente nunca deve ser excluída(o) do processo.

“

Sempre que possível, outras fontes de informação (avó, babá, professores, cuidadores) devem ser escutadas.



Outro aspecto extremamente relevante é o entendimento acerca do que é esperado, em nível de desenvolvimento e funcionalidade, para cada faixa etária. Quanto menor a criança, mais difícil será a obtenção de respostas fidedignas sobre questionamentos que exigem boa capacidade de crítica e julgamento, se fazendo importante a utilização de recursos lúdicos para facilitar sua expressão.



“

Na anamnese de crianças/ adolescentes, visando melhor vínculo, tente identificar quais são os temas de interesse deles.

Se conflitos familiares intensos estiverem presentes, pode ser necessário avaliar paciente e cuidador individualmente. Alguns profissionais optam por entrevistar primeiramente o adolescente sozinho e, posteriormente, os pais (com ou sem a presença do adolescente); já tratando-se de crianças, é mais comum entrevistá-la juntamente com os pais (ou, inicialmente, pais sozinhos, seguidos de pais juntamente com a criança).

Semelhante aos adultos, a avaliação da população pediátrica inclui:

- Anamnese detalhada (inclui História Familiar de transtornos mentais);
- Histórico de tratamentos anteriores (duração do tratamento, dosagem das medicações, efeitos adversos, adesão, repostas positivas ou negativas);
- Exame Mental;
- Formulação de Hipótese Diagnóstica (e diagnósticos diferenciais);
- Elaboração de plano de tratamento (na medida do possível, negociado com paciente e família).

Inicialmente, faça questionamentos neutros, buscando iniciar vínculo com o paciente pediátrico. É importante saber como a criança/ o adolescente se sente, como ela pensa e como se comporta. A confidencialidade é tópico que deve ser abordado pelo profissional de saúde desde o início do atendimento, pontuando sobre a necessidade de comunicar aos pais situações que envolvem questões de segurança (por exemplo, condutas de risco, ideação suicida ou comportamentos de heteroagressividade). Questões delicadas, como vida sexual ativa, uso de substâncias psicoativas ou gravidez não necessariamente justificam a quebra do sigilo (exceto circunstâncias de risco, como adolescente dirigindo embriagado). Nesses casos, uma conduta assertiva é incentivar o adolescente a compartilhar as informações com seus pais.





“

Adolescentes são mais propensos a relatar informações após serem informados sobre os acordos de sigilo.

Quando há suspeita de abuso, é obrigatória a denúncia pelo profissional de saúde.

“

De acordo com o artigo 12 do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), os estabelecimentos de saúde devem garantir condições de permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsáveis, durante a hospitalização de crianças e adolescentes.

Importante!

Antes da avaliação psiquiátrica de emergência, quadros mentais secundários a complicações clínicas devem ser descartados.

“

A “estabilização clínica” é mais urgente que a “estabilização psiquiátrica”!

Em geral, durante a crise, o paciente não é cooperativo e apresenta baixo controle dos impulsos, podendo ser necessário ser contido, visando sua segurança (e a segurança dos demais usuários do serviço e da equipe de profissionais de saúde). Mas vale lembrar que a contenção física deve ser usada como última alternativa de manejo.

Em havendo comorbidade psiquiátrica, o transtorno mental de maior importância deve ser abordado primeiro, por exemplo: episódio maníaco requer atenção prioritária em relação ao TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade). Desse modo, patologias mentais de menor severidade devem ser abordadas em momento posterior, em contexto ambulatorial.

“

Pacientes portadores de comorbidades orgânicas devem ser regulados preferencialmente para leitos em Hospitais Gerais, devido ao risco de complicações clínicas.



A partir de uma triagem, analisados os sintomas e sinais apresentados pelo paciente, será possível atribuir um grau de prioridade clínica no atendimento, determinando a expectativa de tempo até ocorrer a primeira avaliação médica.



A classificação de risco em Saúde Mental é fundamental para a verificar a exclusão de uma causa orgânica e para permitir pronta estabilização dos pacientes críticos, além de definir qual serviço de saúde tem o nível de complexidade mais adequado para garantir a sequência da continuidade de cuidados (buscando qualificar os encaminhamentos e fazer melhor uso dos recursos assistenciais existentes).



VERMELHO

caso considerado gravíssimo, que requer atendimento imediato pelo risco de morte/ deteriorização do quadro clínico; a vida do sujeito (ou de terceiros) encontra-se ameaçada.

- Tentativa de suicídio em qualquer circunstância (com ou sem agitação);
- Episódio depressivo grave (com ou sem sintomas psicóticos) associado à ideação suicida, com planejamento ou história anterior de tentativa de suicídio;
- Mania (com ou sem sintomas psicóticos) com comportamento inadequado, levando a risco para si ou para terceiros;
- Negligência grave do autocuidado e presença de comorbidade clínica;
- Intoxicação aguda (por medicamento, álcool ou outras drogas);
- Psicose com delírios, alucinações, alteração comportamental (pode haver confusão mental, ansiedade e impulsividade, com risco para si/ para terceiros);* Autoagressividade (autolesão) com risco de morte iminente;
- Agitação psicomotora, agressividade (auto/ hetero), com ideação/ planejamento/ tentativa de suicídio/ homicídio;
- Dependência Química com abstinência grave ou risco psicossocial elevado: sinais de agitação e/ou agressividade (auto/ hetero).



LARANJA

caso considerado de risco significativo, frente a ameaça potencial à vida; exige intervenção rápida.

- Depressão grave (com ou sem sintomas psicóticos), com ideação suicida sem planejamento, porém sem apoio familiar que permita tratamento extra hospitalar;
- Psicose sem agitação psicomotora/ agressividade, mas sem suporte familiar;
- Autonegligência grave;
- Dependência Química c/ abstinência leve/ moderada e evidência de risco social;
- Quadros refratários à abordagem especializada na rede ambulatorial;
- Conversão/ Dissociação com alteração comportamental aguda e risco à integridade (de si/ de terceiros);
- Ordens judiciais.





caso considerado de gravidade moderada, uma vez que pode evoluir para um problema sério se não houver atendimento com brevidade.

AMARELO

- Depressão moderada (com ou sem ideação suicida), com suporte familiar compatível com tratamento extra hospitalar;
- Psicose aguda sem agitação psicomotora e sem agressividade, com apoio familiar eficaz;
- Dependência Química com abstinência leve/ moderada com capacidade de adesão a tratamento ambulatorial;
- História anterior de tentativa de suicídio/ homicídio, com hospitalização prévia.



condições consideradas de baixo risco; não requerem atenção dentro de 24 horas.

VERDE

- Depressão leve;
- Transtorno Bipolar sem risco para si/ para terceiros;
- Insônia;
- Conversão/ Dissociação sem risco para si/ para terceiros;
- Sintomas psicossomáticos, crises de ansiedade;
- Uso nocivo de SPA de baixo risco de complicação imediata;
- Luto/ reação adaptativa.



condições não urgentes, sem alterações de sinais vitais, crônicas ou não agudas.

AZUL

- Transtorno mental crônico e estabilizado;
- Orientação e apoio familiar;
- Demandas administrativas (receitas e laudos).

“

Casos classificados como **Azul** ou **Verde** devem ser encaminhados para serviços de saúde no território (ESF, UBS, CAPS, Policlínica, Ambulatório de Saúde Mental), sendo esses serviços responsáveis pelo acompanhamento contínuo dos usuários.

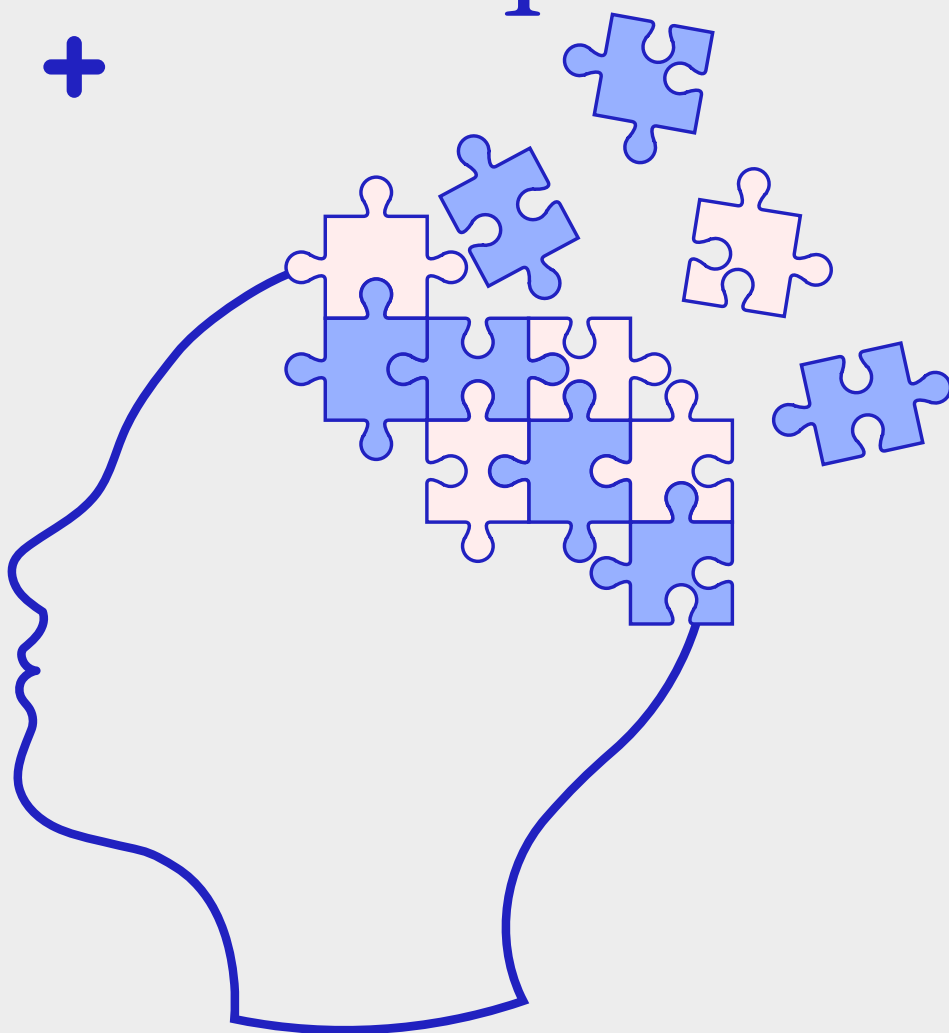




Principais

Emergências + Psiquiátricas

+



+

“

Geralmente, o paciente não busca ajuda por vontade própria, sendo levado ao PS contra seu desejo.



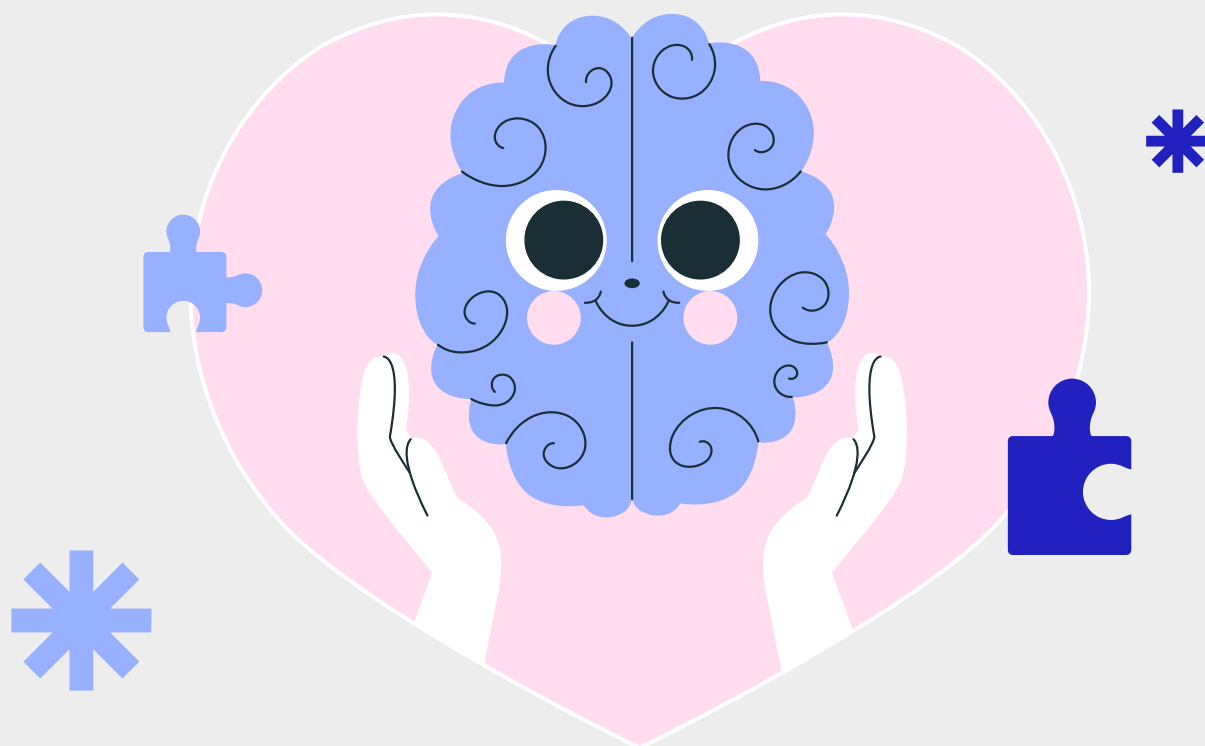
As Emergências Psiquiátricas da Infância e Adolescência mais prevalentes nos atendimentos de PS foram contempladas neste protocolo. Entretanto, é oportuno ressaltar que existem outras condições que não foram abordadas aqui e que podem exigir intervenção imediata. É responsabilidade do médico assistente avaliar o paciente, iniciar a conduta mais assertiva para o quadro em questão e realizar os encaminhamentos que julgar pertinente.



Delirium

Delirium pode ocorrer em qualquer idade e é considerado um estado confusional agudo, caracterizado por flutuações no nível de consciência. Os sintomas mais comuns são: alteração do ciclo sono vigília, labilidade de humor, irritabilidade e agitação psicomotora.

Especificamente no público infantil, podem ocorrer: regressão nos marcos do neurodesenvolvimento, redução no contato visual e permanência de criança inconsolável apesar dos esforços de seu cuidador habitual.





Causas comuns de Delirium em crianças/ adolescentes:

Causas Clínicas:

- Febre;
- Status epilepticus não convulsivo;
- Enxaqueca confusional da infância;
- Lúpus Eritematoso Sistêmico com acometimento do SNC;
- Estágio terminal de HIV/ AIDS.

Causas Medicamentosas:

- Anticolinérgicos;
- Antipsicóticos;
- Retirada brusca de benzodiazepínico;
- Drogas de abuso.

Doses recomendadas de haloperidol e risperidona via oral (VO) para delirium hiperativo pediátrico. As doses orais de haloperidol e risperidona são as mesmas.

Peso (Kg)	Dose de ataque (mg) VO	Dose de manutenção (mg) VO	Dose máxima (mg) VO
< 45kg	0.02mg/kg	0.01 - 0.08mg/kg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas diárias	4mg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas
> 45kg	0.5 - 1mg Máximo de 2mg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas diárias	0.01 - 0.08mg/kg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas diárias	6mg/dia, dividida em 2 a 4 tomadas Dosagens >6mg não foram estudadas

Psicose

Trata-se de um **transtorno do pensamento (delírios) e da sensopercepção (alucinações), com prejuízo importante do senso crítico/ juízo de realidade.**

“

Delírio: falsa crença (não fundamentada na realidade) não compartilhada por outros membros daquele grupo sociocultural.

Alucinação: percepção sensorial na ausência de um estímulo externo



É comum que ocorra declínio na socialização e cognição (em comparação ao funcionamento anterior à eclosão dos sintomas psicóticos), havendo impacto negativo no funcionamento escolar e aparecimento de comportamentos bizarros/ excêntricos, além de comprometimento do auto cuidado. São manifestações comuns: desconfiança, ansiedade, irritabilidade, hostilidade, agitação psicomotora e agressividade.



A Psicose Aguda é uma emergência psiquiátrica, caracterizada por prejuízo no contato com a realidade e percepção inadequada do mundo externo. É essencial investigar a presença de alterações fisiológicas, pois essas requerem intervenção clínica específica. **Vale lembrar que os psicose na infância é um evento raro e que os delírios podem ser confundidos com fantasias infantis.**

Mania

A característica principal do episódio maníaco é a presença de **humor de expansivo/ grandioso/ irritável, significativamente alterado em relação ao estado usual de humor** do paciente em questão, com duração de pelo menos 7 dias.

São manifestações comuns:

- Grandiosidade do Eu;
- Acentuada redução na necessidade de sono;
- Taquilalia/ pressão de fala;
- Aumento de interesse por realizar múltiplas atividades;
- Hipersexualidade;
- Impulsividade;
- Comprometimento da capacidade de julgamento;
- Vestimentas exageradas (ou provocativas).

Embora o paciente possa verbalizar sentimento de satisfação ou mesmo de melhora de sua produtividade, ele não obtém ganhos verdadeiros, uma vez que ocorre crescente distraibilidade, com conseqüente impacto negativo na realização de suas atividades. Mais da metade dos adolescentes em mania apresentarão sintomas psicóticos.



Transtornos de Ansiedade



A ansiedade na infância e adolescência tem se tornado uma preocupação crescente na literatura científica, com implicações significativas para o desenvolvimento emocional e comportamental das crianças. Um estudo realizado com 1210 indivíduos até 18 anos revelou que 53,8% dos participantes apresentaram algum grau de ansiedade, com uma predominância de meninas entre os casos diagnosticados. Esse achado sugere que fatores de gênero podem influenciar a prevalência da ansiedade, destacando a necessidade de investigação mais aprofundada sobre as diferenças nas manifestações de transtornos emocionais entre meninos e meninas nessa faixa etária.

Diversos fatores podem contribuir para o aumento da ansiedade entre crianças e adolescentes. A baixa imunidade, as restrições no sono e a presença de um ambiente familiar com pouco estímulo são condições frequentemente observadas em jovens ansiosos. A combinação desses elementos pode prejudicar a capacidade de regulação emocional, criando um ciclo de estresse contínuo que agrava os sintomas ansiosos. Além disso, restrições financeiras e sociais também desempenham um papel crucial, pois podem gerar preocupações relacionadas à insegurança familiar e à dificuldade de acesso a recursos de apoio.

Outro fator relevante que merece atenção é o aumento do uso de telas entre crianças e adolescentes. A exposição excessiva a dispositivos eletrônicos tem sido associada a um maior risco de desenvolvimento de transtornos emocionais, incluindo a ansiedade. A interação digital excessiva pode interferir no sono, limitar o tempo dedicado a atividades físicas e sociais e aumentar a percepção de isolamento. Esses aspectos são particularmente preocupantes no contexto de uma geração que cresce com um acesso contínuo à tecnologia, exigindo a implementação de estratégias de prevenção e intervenção para mitigar os impactos negativos da exposição digital sobre a saúde mental.





Transtorno de Ansiedade	Características Principais
Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT)	<p>Requer presença de evento traumático com experiência de medo extremo, desesperança ou horror. Em crianças menores, a manifestação pode ser através de agitação ou desorganização do comportamento.</p> <p>Reexperiência dos sintomas associados ao trauma, evitação/ fuga de estímulos relacionados ao evento e hiperexcitabilidade, com importante sofrimento ou prejuízo funcional. Sintomas com duração superior a 1 mês.</p> <p>Crianças menores podem reviver o trauma através de brincadeiras ou pesadelos (ainda que o conteúdo possa não ter relação direta com o evento traumático), agressividade, ansiedade de separação ou medo (nem sempre associado à situação traumática). Adolescentes podem manifestar ansiedade, fazer uso de substâncias psicoativas ou terem comportamentos de automutilação.</p>
Transtorno de Pânico	<p>Medo intenso e súbito, na presença de sintomas com pico de agudização em torno de 10 minutos (falta de ar/ sensação de sufocamento, dor ou desconforto torácico/ abdominal, tremores, taquicardia e palpitações, tontura, sudorese, parestesia).</p> <p>As crises são recorrentes e não necessitam da presença de gatilho/ evento estressor, mas tem duração limitada (em geral, se resolvem dentro de 30 minutos). É comum a sensação de catástrofe iminente, medo de enlouquecer ou de perder o controle. Há preocupação com crises futuras.</p>
Fobia Social	<p>Acentuado sofrimento e medo em situações de interação social, levando a um padrão de evitação e ansiedade antecipatória em relação a tais eventos. Crianças menores podem exibir acessos de raiva ou crises de choro. Crianças mais velhas/ adolescentes podem apresentar sintomas somáticos (cefaleia, dor abdominal, náuseas).</p>

O tratamento da ansiedade na infância e adolescência deve ser multifatorial, envolvendo tanto a criança quanto seus pais e cuidadores. A participação ativa da família é essencial, já que pais ansiosos podem influenciar negativamente o desenvolvimento emocional da criança. Intervir no tratamento dos pais, por meio de psicoterapia ou até mesmo medicação, pode favorecer a recuperação do filho, criando um ambiente mais saudável. **A psicoterapia, especialmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC), é a primeira linha de tratamento**, ajudando as crianças a desenvolverem estratégias para lidar com os sintomas ansiosos e melhorar a regulação emocional.





Quando os sintomas persistem ou são graves, o uso de medicamentos pode ser necessário. A partir dos 6 anos, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são frequentemente indicados, mostrando-se eficazes no controle da ansiedade. No entanto, o uso de medicamentos deve ser monitorado de perto por um profissional de saúde. A combinação de psicoterapia e farmacoterapia tem se mostrado eficaz no tratamento da ansiedade infantil e adolescente, sendo essencial uma abordagem personalizada que leve em consideração as necessidades específicas de cada paciente.

Medicação	Apresentação	Faixa Terapêutica
Fluoxetina	cp de 20 mg e 20mg/ml	20-40 mg/ dia
Escitalopram (maiores de 11 anos)	cp de 10 , 15 ou 20 mg e 20mg/ml	10-20 mg/ dia
Sertralina	cp de 25, 50 e 100mg	50-200 mg/ dia

Obs: Deve-se começar com a dose mais baixa e ir progredindo conforme acompanhamento. Não usa-se uma correlação peso/dose para o cálculo, sendo o bom senso e a experiência fundamentais nesse momento de medicar.

Depressão

Nos adolescentes, é mais comum a apresentação de irritabilidade, em comparação ao humor triste/ deprimido que ocorre nos adultos. Pode haver isolamento social e declínio no desempenho escolar. É extremamente importante avaliar a presença de ideação e tentativas de suicídio.



Diagnóstico de Episódio Depressivo na Infância & Adolescência



*Sintomas Cardinais (pelo menos 1 sintoma cardinal está presente):

- Tristeza/ infelicidade a maior parte do dia (embora a reatividade do humor possa estar mantida; por exemplo: fica alegre quando algo bom acontece);
- Anedonia (perda de prazer) na maioria das atividades;
- Irritabilidade (hostilidade, mau humor ou crises de raiva)

*Sintomas Associados (pelo menos 4 sintomas associados estão presentes):

- Negatividade do pensamento e baixa auto estima;
- Desesperança;
- Sentimento de desvalia/ inutilidade/ culpa/ remorso (inapropriada ou excessiva);
- Redução na capacidade de concentração ou indecisão;
- Alteração do apetite/ peso;
- Alteração do sono (hipersonia ou insônia);
- Fadiga ou perda de energia/ diminuição da atividade ou agitação psicomotora;
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente, tentativa de suicídio ou planejamento suicida.

* *Presença de sintomas por mais de 2 semanas;*

* *Sintomas causam prejuízo significativo no funcionamento biopsicossocial.*

Nas crianças, é comum a apresentação de sintomas somáticos.

Opções Terapêuticas para o Tratamento da Depressão:

Medicação	Apresentação	Faixa Terapêutica
Fluoxetina	cp de 20 mg	20-60 mg/ dia
Citalopram	cp de 20 mg	20-40 mg/ dia
Sertralina	cp de 25, 50 e 100mg	50-200 mg/ dia



“

Na infância e adolescência, não obtemos boa resposta para sintomas depressivos com uso de antidepressivos tricíclicos.

Comportamento Suicida

Fenômeno complexo, enigmático e de difícil explicação, o suicídio é altamente frequente, embora subestimado, e permanece sendo um tabu na sociedade atual (portanto, trata-se de temática insuficientemente abordada e discutida).

O suicídio, definido como morte autoinduzida, é um dos principais problemas de saúde pública no mundo; dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) apontam que o suicídio está entre as 3 primeiras causas de morte na população de faixa etária entre 15 e 34 anos. A presença de fatores de risco não causa o suicídio, mas é relevante para o comportamento suicida.

As automutilações são um problema de saúde pública e que tem impactado especialmente os adolescentes entre 12 e 14 anos podendo surgir antes desta idade. As automutilações aumentam o risco de SUICÍDIO ao longo da vida. Como diferenciar uma automutilação ou se foi uma tentativa de suicídio?

CARACTERÍSTICA	AUTOMUTILAÇÃO	TENTATIVA DE SUICÍDIO
INTENÇÃO FOI DE SE MATAR	NÃO	SIM
INTENÇÃO DE ALIVIAR SOFRIMENTO	SIM	SIM
FEITO NO FORMATO DE CORTES, ARRANHÕES MAIS SUPERFICIAIS	SIM	NÃO

A literatura científica mostra que não existe medicamento para automutilações mas que o tratamento da doença de base pode ajudar.

O melhor tratamento está nas psicoterapias, sendo a terapia comportamental dialética (DBT) a melhor opção.





Preciso internar TODOS os pacientes com automutilações?

NÃO, cada caso deve ser individualizado.

Caso o risco de vida seja elevado deve-se proceder a internação.

“

É importante questionar diretamente sobre ideação e planejamento suicida. Isso NÃO aumentará o risco de suicídio.

A maior parte das pessoas considera angustiante ter pensamentos suicidas e está disposta a discuti-los, quando questionada sobre eles.

Fatores Precipitantes

- Abuso de álcool e drogas;
- Acesso a meios letais;
- Eventos adversos durante a vida;
- Diagnóstico de doença crônica ou terminal;
- Efeitos negativos da mídia.

Fatores Predisponentes:

- Distúrbios neuropsiquiátricos (Transtorno de Humor, Uso de substância psicoativa, Transtorno de Personalidade, Esquizofrenia, Transtorno de Ansiedade...);
- História familiar de Comportamento Suicida;
- Tentativa prévia de suicídio;
- Experiências adversas na infância;
- Privação socioeconômica.



O comportamento suicida pode ser encarado como um continuum que inclui: pensamentos autodestrutivos, ameaças, gestos, tentativas de suicídio (até o suicídio consumado). As tentativas de suicídio atingem números bastante elevados, chegando até a 20 vezes o número de suicídios concluídos. Enquanto as tentativas de suicídio são mais comuns no sexo feminino, o ato consumado é mais prevalente no sexo masculino.



Avaliação do risco de Suicídio:

- Mantenha contato visual com o paciente e seja acolhedor e empático;
- Proporcione um ambiente calmo e seguro;
- Tenha postura imparcial e livre de julgamentos;
- Desde o início da avaliação, explique sobre os limites da confidencialidade.

***Indicam maior risco:**

- Depressão grave;
- Alucinações de comando;
- Desesperança e sentimento de desvalia;
- Raiva e hostilidade;
- Ideação suicida clara;
- Tentativa de suicídio prévia (principalmente se de alto grau de letalidade);
- Uso de SPA;
- Pouco suporte em termos de rede de apoio.

Avaliação da letalidade da tentativa de suicídio:

- A tentativa foi criteriosamente planejada ou impulsiva?
- A "ajuda" (agente que evitou a realização da tentativa) foi antecipada ou imprevista?
- Houve preparos/ medidas para "garantir" a morte?
- A pessoa acreditava se tratar de uma tentativa letal (acreditava que conseguiria morrer)?
- Houve conclusão de demandas/ assuntos pessoais (por exemplo: planejou com quem ficaria seu animal de estimação, se despediu de amigos e familiares)?

*A avaliação do grau de letalidade inclui aspectos objetivos e subjetivos. Para determinar o grau de intenção suicida, o profissional de saúde precisa investigar a disponibilidade de ajuda e o potencial para abortar a tentativa.



“

Independentemente da letalidade do método, a tentativa de suicídio sempre deve ser levada a sério, pois essa conduta indica que a pessoa está em sofrimento psíquico.

O suicídio causa enorme impacto psicológico na família (e mesmo impacto a nível de sociedade). Em média, cada suicídio acomete fortemente pelo menos outras 6 pessoas.

Classificação do Risco de Suicídio	Características Principais
Risco Baixo	<ul style="list-style-type: none">● Ideias de suicídio são passageiras e egodistônicas (percebidas como perturbadoras);● Ausência de planejamento;● Se existe transtorno mental, encontra-se com sintomas bem controlados;● Boa adesão ao tratamento;● Tem apoio social.
Risco Moderado	<ul style="list-style-type: none">● Tentativa prévia de suicídio;● Transtorno mental não adequadamente estabilizado;● Ideias persistentes de suicídio, visto como solução;● Ausência de planejamento;● Ausência de histórico de impulsividade;● Ausência de histórico de problemas com uso de SPA;● Tem apoio social.
Risco Alto	<ul style="list-style-type: none">● Tentativa prévia de suicídio (principalmente de alta letalidade);● Transtorno mental grave, especialmente se presença de delírios/ alucinações ou histórico de problemas com uso de SPA;● Desespero, tormento psíquico intolerável, “não vê outra saída”;● Planejamento;● Tem meios para se matar;● Já tomou “providências” para o ato suicida (por exemplo: comprou veneno, se despediu de amigos/ familiares).





Manejo de caso de Baixo e Médio Risco de Suicídio:

- Planejamento de alta, com foco na "Internação Domiciliar"/ no manejo domiciliar seguro (vigilância familiar constante, com restrição a meios letais, como armas, cordas, medicamentos...);
- Garantia de consulta com especialista em curto prazo ("encaminhamento implicado" para o CAPS, realizando articulação com o referido serviço e acompanhando o caso até seu destino);
- Orientar paciente e familiares na tentativa de diminuir a ocorrência de situações estressoras que podem funcionar como gatilhos para o comportamento suicida;
- Fortalecimento da rede de apoio;
- Trabalhar fatores protetores (motivos para manter-se vivo, como cuidar de um pet).

*Ponderar a dinâmica familiar, em relação à capacidade logística e psicológica para realizar a Internação Domiciliar (e gerenciar a sobrecarga emocional dos cuidadores).

Manejo de caso de Alto Risco de Suicídio:

Admissão hospitalar para a manutenção da segurança.

Transtorno do Espectro Autista

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento marcada por dificuldades persistentes na interação social e na comunicação, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento.

A prevalência do TEA tem aumentado nos últimos anos, assim como a demanda por serviços de saúde capazes de oferecer suporte especializado.

O diagnóstico do TEA é um desafio para a medicina e deve ser realizado por profissionais qualificados, em ambiente ambulatorial. A identificação precoce é fundamental, pois está associada a melhores prognósticos cognitivos e adaptativos.

O manejo do TEA requer intervenções específicas e individualizadas. Além disso, medicamentos podem ser indicados para tratar comorbidades.

Admissão hospitalar para a manutenção da segurança.

Essas dificuldades são altamente prevalentes e frequentemente motivam atendimentos em emergências médicas. Os problemas comportamentais podem incluir: Agressões a si mesmo ou a outros; Destruição de objetos.





Principais fatores desencadeantes:

- Condições médicas não diagnosticadas;
- Déficits na comunicação funcional;
- Estressores psicossociais;
- Padrões inadequados de reforço;
- Comorbidades psiquiátricas

Antipsicóticos atípicos, como risperidona e aripiprazol, podem ser úteis no manejo de problemas comportamentais graves. Nos casos de agitação psicomotora intensa e refratária ao manejo verbal, seguir os protocolos para agitação.

Encaminhamentos

- Casos de suspeita de TEA: Encaminhar para ambulatório de psiquiatria da infância e adolescência ou neuropediatria e para avaliação global do desenvolvimento.
- Crise e problemas comportamentais graves: Direcionar para o CAPSi

Comportamentos Disruptivos

Costumam se apresentar no PS como agressividade importante. Podem se apresentar em pacientes com Psicose, Mania, TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), TOD (Transtorno Opositor Desafiador) ou TC (Transtorno de Conduta). Além de presente na apresentação clínica de diversos quadros psiquiátricos, o comportamento agressivo também pode estar presente em condições causadas por alterações orgânicas e se constitui como um desafio a ser conduzido pelos profissionais de saúde.

Transtorno Disruptivo	Descrição resumida
TDAH	Sintomas de Desatenção/ Hiperatividade/ Impulsividade, que cursam com comprometimento funcional em pelo menos 2 ambientes diferentes.
TOD	Padrão de desenvolvimento inapropriadamente desafiador, com negativismo, desobediência a regras e hostilidade para com figuras de autoridade. Há comprometimento social ou acadêmico.
TC	Incapacidade de preservar o bem-estar alheio, com pouca culpa/ remorso sobre o prejuízo que causam a outrem. Repetidamente violam direitos e normas sociais. São comuns: brigas, mentiras, roubos, suspensão escolar e condutas destrutivas.

Manejo de agitação Psicomotora



A agitação psicomotora muitas vezes manifestada como agressividade é um desafio para todos que atendem situações de urgência e emergência. Este ponto é de suma importância para singularizar o atendimento de cada criança e adolescente. Desta forma sugerimos:

- Inicialmente tentar retirar a criança ou o adolescente do ambiente agitado, conduzindo-o para um local mais calmo;
- Manter-se calmo durante a abordagem irá ajudar no manejo da agitação psicomotora;
- Ter a família por perto pode auxiliar no manejo da agitação;
- Através da escuta e diálogo tentar acalmar o paciente **(DICA: a distração é uma forma que pode auxiliar neste momento. Ex.: Chamar a atenção da criança para outra situação mais lúdica, mudar o assunto da conversa);**
- Caso não seja eficaz, tentar a medicação por via oral (vejam a parte de medicamentos para agitação);
- Em algumas situações, a administração oral não é viável, sendo necessário o uso de medicamentos intramusculares;
- Caso precise conter fisicamente é importante que a família esteja presente e que seja orientada que este ato visa proteger a integridade do menor e das pessoas ao seu redor. **(Manter a contenção pelo menor tempo possível).**

Prioridades de Segurança:

- Segurança da Equipe;
- Segurança do paciente.

Medidas ambientais de segurança:

- Conferir se o paciente traz consigo materiais que possa usar para ferir a si/ a terceiros;
- Atentar para mobiliários e objetos que o paciente possa arremessar;
- Respeitar certa distância física do paciente (cerca de um braço estendido);
- Não bloquear a saída da sala de atendimento, a fim de o paciente não se sentir acuado

Sinais que são considerados indícios de agressividade:





- Agitação motora;
- Violência dirigida a objetos;
- Dentes e punhos cerrados;
- Ameaças verbais;
- Exigências;
- Discussões em tom de voz elevado;
- Afeto desafiador e hostil;
- Impulsividade;
- Pensamento desorganizado;
- Baixa tolerância a frustrações;
- Persecutoriedade.

Princípios Gerais da Desescalada Verbal (adaptado de Stevenson & Otto):

- Respeitar o paciente e seu espaço pessoal (evitar proximidade excessiva e toque físico);
- Não provocar (mas manter-se vigilante e em prontidão para a ação);
- Evitar movimentos bruscos e evitar confronto direto;
- Estabelecer contato visual (mas não encarar o paciente);
- Evite elevar o tom de voz;
- Reduzir estímulos do ambiente;
- Ser conciso/ objetivo (linguagem simples, clara e concreta; evite abstrações e metáforas);
- Identificar desejos/ sentimentos;
- Ouvir atentamente o paciente;
- Concordar (ou concordar para depois discordar);
- Regras e limites claros;
- Assegure ao paciente que você está ali para ajudá-lo;
- Não ceder a testes, desafios e tentativas de manipulação;
- Oferecer opções e otimismo (mas evite promessas e não falte com a verdade);
- Informar paciente, família e equipe sobre as condutas terapêuticas.

* O uso da Desescalada Verbal demonstrou importante redução na ocorrência de eventos agressivos.

Quando a contenção verbal é insuficiente, pode-se lançar mão da contenção química, que tem por objetivo a rápida tranquilização do paciente, a fim de inibir a auto e heteroagressividade, permitindo a investigação diagnóstica e a abordagem terapêutica.



“

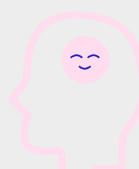
Os pacientes devem ser envolvidos, na medida do possível, na escolha da via de administração da medicação (VO é preferível). O principal objetivo do tratamento farmacológico é acalmar rapidamente o paciente agitado, sem excesso de sedação.

Caso haja suspeita de TCE (traumatismo cranioencefálico) e em pacientes com intoxicação por substâncias psicoativas, deve-se evitar a realização de contenção química.



Opções Terapêuticas em caso de agitação psicomotora/agressividade:

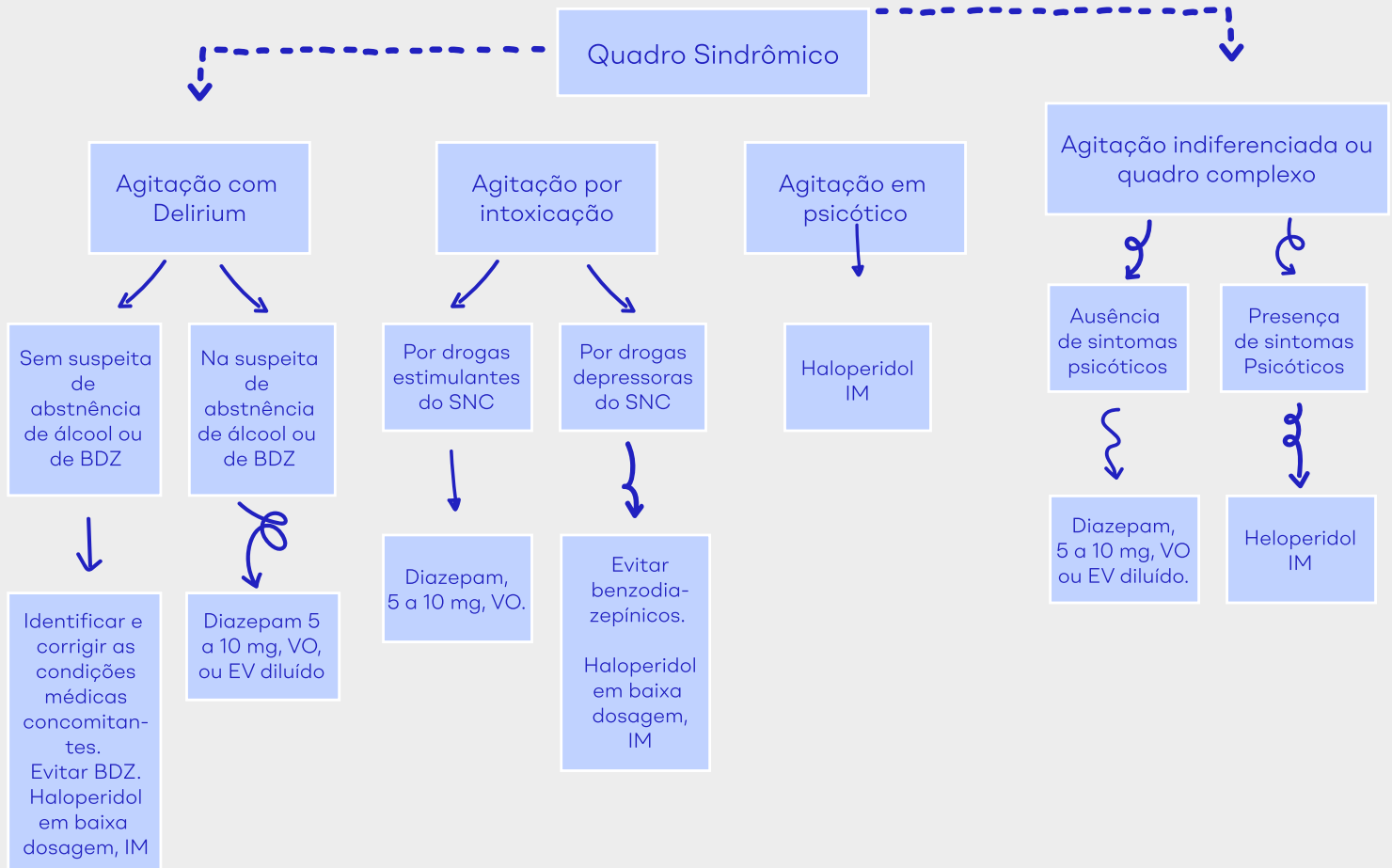
Medicação	Apresentação	Posologia
Haloperidol	cp 5 mg amp de 5 mg em 1 ml	5 mg, VO ou IM, pode repetir a cada 30 minutos, se não foi efetivo. Antipsicótico de alta potência. Atenção para risco de Síndrome Extrapiramidal (SEP).
Prometazina	cp de 25 mg amp de 50 mg	Haloperidol + Prometazina permite sedação/ tranquilização mais rápida e com menos SEP, em comparação ao Haloperidol isoladamente.
Clorpromazina	amp de 25 mg em 5 ml	Antipsicótico de baixa potência. Evitar uso devido a sedação excessiva, hipotensão, arritmias cardíacas e redução do limiar convulsivo.
Risperidona	cp de 1, 2 e 3 mg	Até 8 mg/ dia (pode ser usado em substituição ao Haloperidol)
Diazepam	cp de 5 e 10 mg	1 cp, VO, até de 1/1 h (máximo 60 mg/dia) Controlar sinais vitais + decúbito elevado. Opção de escolha nos casos de agitação secundária a abstinência de álcool.
Clonazepam	cp de 0,5 e 2 mg	Iniciar com 0,5 mg e, se necessário, repetir em 30 minutos.
Midazolam	amp de 15mg em 3 ml amp de 5mg em 5 ml amp de 50 mg em 10 ml	Meia vida curta: 90-120 minutos Haloperidol + Midazolam: maior sedação, porém com mais efeitos adversos do que o uso de cada um deles isoladamente.





“

Nos casos de agitação psicomotora decorrente de intoxicação alcoólica, a opção de escolha é o antipsicótico (preferencial ao benzodiazepínico).



“

O que NÃO se deve fazer?

- Medicação em excesso;
- Medicação e não monitorar o paciente;
- Manter a contenção por longo período de tempo;
- Não esperar o tempo de início da medicação;
- Esquecer da hidratação;
- Usar antipsicótico IV.



Contenção Física:

- Técnicas para restringir movimentos corporais, a fim de evitar comportamentos destrutivos, que só deve ser usada quando justificada pelo risco apresentado (preservar a segurança e integridade do próprio paciente ou de terceiros);
- Deve ser mantida pelo mínimo de tempo possível;
- O paciente deve ser acompanhado e avaliado continuamente durante a contenção.

* Pelo risco de efeitos físicos e psicológicos deletérios aos pacientes, a contenção física é reconhecida como último recurso para o controle do comportamento agressivo e redução de violência e danos, quando outras opções não foram efetivas.

São potenciais complicações clínicas da Contenção Física:

- Redução da perfusão tecidual de extremidades (havendo risco de evoluir com necrose, trombose e amputação de membro);
- Embolia Pulmonar;
- Aspiração e asfixia;
- Lesão de plexo braquial e fraturas.





Tabela 1: Medicamentos frequentemente utilizados em emergência psiquiátrica na infância e na adolescência

Medicação	Apresentações disponíveis	Pico de ação	Posologia	Possíveis efeitos adversos
Haloperidol	Comprimidos (1 e 5 mg), Solução oral (2 mg/ml), Ampola (5 mg/ml)	VO: 2 h, IM: 20 min	15 – 40 kg: 1 a 2,5 mg/dose > 40 kg: 2,5 a 5 mg/dose 0,15 a 0,20 mg/kg/dia (2 tomadas)	Acatisia, sintomas extrapiramidais, síndrome neuroléptica maligna
Clorpromazina	Comprimidos (25 e 100 mg), Solução oral (20 ou 40 mg/ml), Ampola (25 mg/5 ml)	VO: 30 – 60 min, IM: 20 min	< 5 anos: 12,5 a 40 mg/dia > 5 anos: 25 a 75 mg/dia 0,5 a 2,0 mg/kg/dia (2 a 3 tomadas)	Prolongamento de QT, efeitos colinérgicos (boca seca, obstipação, visão turva, hipotensão)
Olanzapina	Comprimidos (2,5, 5 e 10 mg), Comprimidos orodispersíveis (5 e 10 mg)	VO: 1 – 8 h	Criança: 2,5 a 5 mg/dia Adolescente: 5 a 20 mg/dia	Sedação
Risperidona	Comprimidos (1, 2 e 3 mg), Solução oral (1 mg/ml)	VO: 1 h	< 20 kg: 0,25 a 0,5 mg/dose > 20 kg: 0,5 a 2,0 mg/dose Adolescente: 2 a 3 mg/dose, até 6 mg/dia (2 a 3 tomadas)	Acatisia e sintomas extrapiramidais em altas doses
Prometazina	Comprimidos (25 mg), Ampola (50 mg/2 ml)	VO: 1h30 – 3 h, IM: 20 min	Criança: 0,125 a 0,5 mg/kg/dose Adolescente: 25 a 50 mg/dose IM máximo de 100 mg/dia	Síndrome neuroléptica maligna, efeitos anticolinérgicos
Diazepam	Comprimidos (5 e 10 mg), Ampola (10 mg/2 ml)	EV: 1 – 5 min, VO: 15 min – 2,5 h	VO: 0,2 a 0,5 mg/kg EV: Criança: 0,2 a 0,3 mg/kg Adolescente: 2 a 10 mg	Sedação excessiva, depressão respiratória, efeito paradoxal
Lorazepam	Comprimidos (1 e 2 mg)	2 h	< 12 anos: 0,05 mg/kg/dose > 12 anos: 0,5 a 2 mg/dose	
Clonazepam	Comprimidos (0,25, 0,5 e 2 mg), Solução oral (2,5 mg/ml)		< 30 kg: 0,01 a 0,03 mg/kg/dose > 30 kg: 0,25 a 2 mg/dose	
Midazolam	Ampola (5 mg/5 ml e 15 mg/5 ml)	IM: 20 min	IM: 0,15 a 0,2 mg/kg/dose	
Clonidina	Comprimidos (75 e 100 mcg)	VO: 1 – 3 h	5 a 10 mcg/kg/dia (2 a 3 tomadas) Máximo 200 mcg/di	Sedação, hipotensão, xerostomia, disforia, hipertensão rebote



Uso de Substância Psicoativa (SPA)



Adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas frequentemente chegam ao Pronto-Socorro com quadros de intoxicação ou abstinência. Problemas relacionados ao uso dessas substâncias têm forte correlação com tentativas de suicídio.

Uso Experimental	Uso nocivo ou abuso	Dependência
episódico	consumo de SPA com prejuízo biopsicossocial	uso de SPA sem controle, uso habitual e compulsivo, com sérios prejuízos ao indivíduo tolerância (necessidade de doses progressivamente maiores para atingir o mesmo efeito)

“

Quadros de Intoxicação Aguda Grave e de Abstinência configuram-se como Emergências Psiquiátricas.

Classe de substância	Efeitos da Intoxicação
Benzodiazepínicos	Hipotensão, bradicardia, depressão respiratória.
Álcool	Fala arrastada, julgamento comprometido e perda das habilidades motoras finas. Em casos graves: depressão respiratória.
Psicoestimulantes	Hipertensão arterial, taquicardia, taquipneia, hipertermia, dilatação pupilar, estado de alerta elevado e aumento da psicomotricidade.
Cocaína	Aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória e da temperatura. Agitação psicomotora e risco de rabdomiólise.
Maconha	Sintomas psicóticos, episódios agudos de ansiedade e, em alguns casos, agressividade.
Opióides	Miose e bradicardia acentuadas, depressão respiratória, estupor ou coma.
Solventes	Euforia e desinibição (inicialmente), ataxia, risos imotivados, fala pastosa, confusão mental, alucinações e disritmia cardíaca.





Abordagem de quadros de Intoxicação

- Repouso em ambiente tranquilo;
- Dieta leve ou jejum;
- Monitorar sinais vitais;
- Solicitar (e monitorar, de acordo com apresentação clínica do paciente): hemograma completo, TPAE e INR, ionograma, Ureia e Creatinina, Glicemia, TGO e TGP, GGT, fosfatase alcalina, bilirrubinas (total e frações), CPK, Raio-X de tórax (PA e perfil) e ECG.

*Quadros de Intoxicação por uso de SPA devem ser manejados em unidades clínicas (UPA ou hospital de clínica médica).

Quadro clínico de Abstinência Alcoólica:

(sintomas se iniciam dentro de 4 a 12 horas após a interrupção ou diminuição do uso de álcool e atinge seu pico no segundo dia)

- Insônia;
- Disforia/ irritabilidade;
- Tremores;
- Ansiedade;
- Hiperatividade autonômica (náusea, vômito, hipertensão, taquicardia);
- Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias;
- Agitação Psicomotora.

*Pode haver convulsão tipo grande mal.

Complicação da Abstinência Alcoólica - Delirium Tremens:

- Rebaixamento do nível de consciência com desorientação têmporo-espacial;
- Alucinações auditivas e visuais;
- Delírios persecutórios;
- Disautonomia (tremores e aumento da FC/ PA/ FR/ temperatura).

“

O que NÃO se deve fazer?

Contenção indiscriminada, levando a riscos de lesões físicas;
Uso de Diazepam IM (absorção errática);
Clorpromazina (risco de hipotensão e convulsão);
Não hidratar o paciente.

São estratégias terapêuticas fundamentais na DQ:



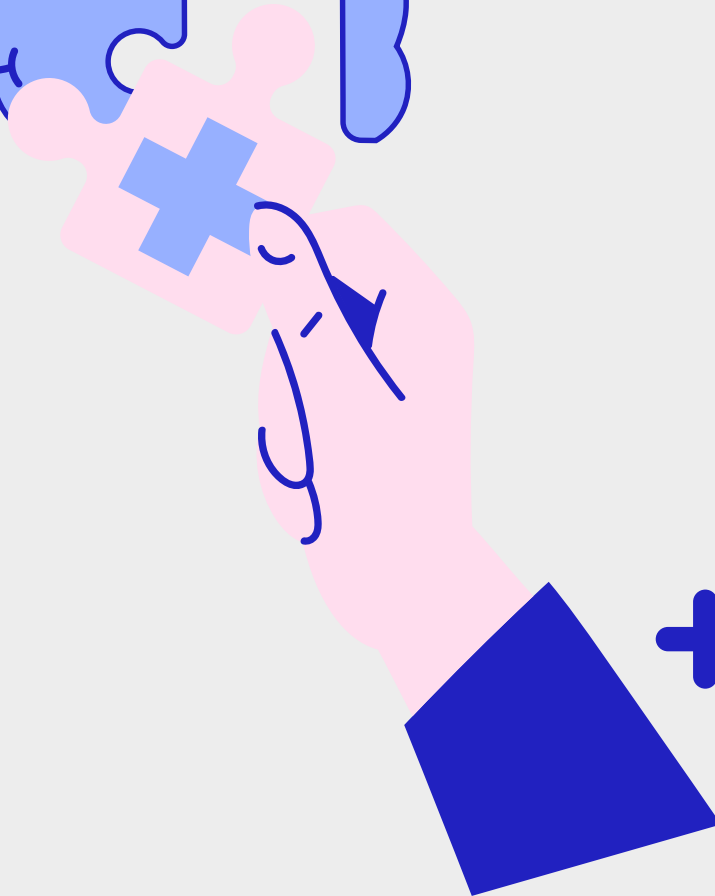
- Acolhimento;
- Escutar sem julgamentos;
- Criar vínculos;
- Motivação do paciente (outras atividades de lazer que não a droga);
- Tratamento de comorbidades (Psiquiátricas e Clínicas);
- Organizar rede de apoio;
- Redução de exposição a situações de risco, na tentativa de reduzir a ocorrência de recaídas;
- Desenvolvimento de novas habilidades sociais;
- Articular ações em rede (reinserção na escola, cursos profissionalizantes).

Sempre é importante lembrar que o consumo problemático de substâncias psicoativas, principalmente na adolescência, tem forte correlação com gravidez precoce e indesejada, violência sexual, infecções sexualmente transmissíveis e vivência em situação de rua.





A continuidade do Cuidado



Após o atendimento inicial de uma criança ou adolescente em crise de saúde mental, o encaminhamento deve ser feito com base na gravidade do quadro e na necessidade de cuidado continuado. Esses encaminhamentos têm como objetivo garantir que crianças e adolescentes em crise de saúde mental recebam a assistência adequada, articulando os recursos da rede de saúde e proteção social de forma eficaz e humanizada.

A seguir, são descritos os possíveis encaminhamentos, considerando as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).





1 Ao CAPS Infantojuvenil (CAPSi)

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantis ou Infantojuvenis (CAPSi) são serviços especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves ou persistentes. Oferecem atendimento intensivo e multidisciplinar.

Quando encaminhar? Casos de transtornos mentais graves ou persistentes, como:

- Ideação suicida ou tentativa de suicídio sem risco iminente.
- Automutilação recorrente
- Transtornos psicóticos
- Transtornos de ansiedade ou depressão severa
- Crises comportamentais graves associadas a transtornos psiquiátricos.

Ações necessárias:

- Identificar o CAPSi disponível na região de residência do paciente e informar a família sobre o funcionamento do serviço.
- Elaborar um relatório sucinto com informações sobre o atendimento realizado e o histórico clínico para apoiar a continuidade do cuidado.
- Orientar a família sobre a importância do acompanhamento contínuo.

2 Ao Ambulatório de Saúde Mental

Os ambulatórios oferecem acompanhamento para transtornos menos graves que não demandam cuidado intensivo. São indicados para seguimento clínico especializado.

Quando encaminhar? Casos leves ou moderados, como:

- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).
- Transtornos de ansiedade leves.
- Dificuldades emocionais relacionadas a fatores psicossociais, como problemas escolares.





Ações necessárias:

- Identificar o ambulatório da rede local que atenda crianças e adolescentes.
- Fornecer à família informações sobre o processo de agendamento e documentação necessária.
- Explicar a importância do acompanhamento regular e sinais de alerta que demandem reavaliação.

3 Aos Leitos Integrais (Hospitais Gerais)

Leitos integrais em hospitais gerais são indicados para internação em curto prazo de crianças e adolescentes em crises graves que demandam estabilização. Esses leitos estão inseridos em hospitais gerais e oferecem suporte para descompensações psiquiátricas agudas.

Quando encaminhar? Casos graves com risco iminente, como:

- Tentativa de suicídio com risco de vida.
- Crises psicóticas graves.
- Agitação psicomotora severa ou agressividade incontrolável.
- Necessidade de desintoxicação em adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

Ações necessárias

- Verificar a disponibilidade de leitos integrais no hospital geral de referência.
- Providenciar transporte seguro
- Garantir o envio de um relatório clínico com informações detalhadas sobre o atendimento realizado.

4 Ao CAPS AD (Álcool e Drogas)

Os CAPS AD são serviços especializados para adolescentes com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias.

Quando encaminhar? Casos relacionados ao uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, como:





- Crises de abstinência.
- Descompensações clínicas e comportamentais associadas ao uso de drogas.
- Impactos psicossociais graves relacionados ao uso de substâncias.

Ações necessárias:

- Encaminhar o paciente ao CAPS AD da área de residência.
- Informar a família sobre o funcionamento do serviço e o plano de cuidado.
- Garantir a articulação entre a equipe de saúde mental e os serviços de assistência social, quando necessário.

5 Aos serviços de Proteção Social

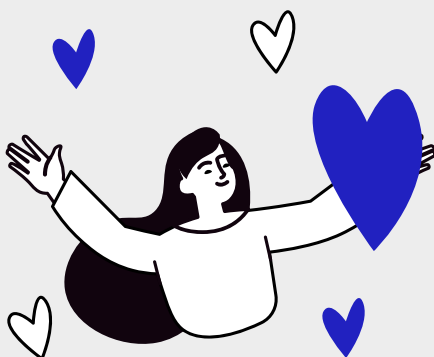
Em situações de vulnerabilidade social, violência ou negligência, é indispensável acionar os serviços de proteção social.

Quando encaminhar?

- Casos de violência doméstica, abuso sexual, negligência grave ou abandono.
- Crianças ou adolescentes em situação de rua ou sem suporte familiar.

Quando encaminhar?

- Notificar formalmente o caso às autoridades competentes, como o Conselho Tutelar, pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).
- Encaminhar o caso ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para acompanhamento psicossocial.
- Articular com a rede intersetorial para garantir medidas de proteção à criança ou ao adolescente.





Notificação de Agravos

Na saúde mental, os agravos clínicos de notificação compulsória estão relacionados a situações em que o sofrimento psíquico e comportamental impacta diretamente a saúde física e mental de crianças e adolescentes. Esses agravos incluem condições que exigem resposta imediata dos serviços de saúde para prevenção de agravamentos e continuidade do cuidado.

No contexto da saúde mental de crianças e adolescentes, os agravos clínicos de notificação compulsória possuem fichas específicas para registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essas fichas são fundamentais para a coleta de dados padronizados, permitindo o monitoramento e a intervenção adequada pelas autoridades de saúde.





1. Identificação do caso: Reconhecer sinais clínicos que configuram o agravo;
2. Preenchimento: Registrar o caso na ficha correspondente com informações detalhadas;
3. Encaminhamento: Enviar a ficha para a Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal ou Estadual;
4. Acompanhamento: Monitorar a continuidade do cuidado por meio da articulação com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

1 Tentativa de Suicídio

Descrição: Qualquer tentativa de causar a própria morte, independentemente do método ou resultado.

Ficha de Notificação: Formulário de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

Finalidade: Documentar tentativas de suicídio e outras formas de violência autoprovocada, como cortes ou ingestão de substâncias.

Base legal: Lei nº 13.819/2019 e Portaria GM/MS nº 1.271/2014

2 Automutilação ou Autolesão

Descrição: Ato deliberado de causar ferimentos em si mesmo sem intenção explícita de morte.

Ficha de Notificação: Formulário de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

Finalidade: Registrar casos de autolesão que não configuram tentativa de suicídio, mas que indicam sofrimento psíquico significativo.

Base legal: Lei nº 13.819/2019.

3 Intoxicação por Substâncias Psicoativas



Descrição: intoxicação por uso abusivo ou involuntário de substâncias como álcool, drogas ilícitas ou medicamentos.



Ficha de Notificação: Formulário de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

Finalidade: Documentar casos de intoxicação aguda por substâncias químicas, com destaque para substâncias psicoativas.

Base legal: Portaria GM/MS nº 104/2011.

4 Intoxicação Exógena por tentativa de autoextermínio

Descrição: Tentativa deliberada de envenenamento ou overdose com substâncias químicas, incluindo pesticidas e medicamentos.

Ficha de Notificação: Formulário de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

Finalidade: Especificar a tentativa de suicídio como circunstância associada ao evento.

Base legal: Portaria GM/MS nº 1.271/2014.





Considerações Finais



A abordagem das emergências psiquiátricas, especialmente na infância e adolescência, é temática complexa e desafiadora, pois são quadros que acontecem em diversos níveis de assistência, possuem diferentes apresentações clínicas e exigem atuação imediata do profissional de saúde. Trata-se de um momento crítico para o paciente, marcado por sua instabilidade e fragilidade. A intervenção rápida, assertiva e humanizada será determinante para o prognóstico do indivíduo. Lembre-se de que os familiares ali presentes não são apenas fonte de informação, mas também parceiros no tratamento da criança/ do adolescente e, muitas vezes, também necessitarão de nossos cuidados.





CAPSi Zaldo Rocha:

- Referência para crianças dos DISTRITOS: I, II, III e VII
- Rua Castro Alves, 143 – Encruzilhada.
- Bairros: Alto Santa Terezinha, Água Fria, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Campo Grande, Cajueiro, Campina do Barreto, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Rosarinho e Torreão.
- Público: Infanto-juvenil (0 até 12 anos incompletos) ambos os sexos
- ATENDIMENTO: 08:00 às 17:00 hs (segunda a sexta-feira)

CAPSi CEMPI:

- Referência para crianças dos DISTRITOS: VI, V, IV e VIII
- Av. São Paulo, 677 – Jardim São Paulo.
- Bairros: Afogados, Areias, Barro, Bongí, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, Sancho, San Martin, Tejipió e Totó
- Público: Infanto-juvenil (0 até 12 anos Incompletos) ambos os sexos
- ATENDIMENTO: 08:00 às 17:00 hs (segunda a sexta-feira)

CAPSi Marcela Lucena:

- Referência para crianças dos DISTRITOS: I, VI, VIII
- R. Marquês de Alegrete, 42 - Pina
- Bairros: Santo Amaro, Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Coelhos, Soledade e Ilha Joana Bezerra, Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep, Pina, Cohab, Ibura e Jordão
- Infanto-juvenil (0 até 12 anos Incompletos) ambos os sexos
- ATENDIMENTO: 07:00 às 19:00 hs (segunda a sexta-feira)

CAPS Clea Lacet:

- Referência para adolescentes dos DISTRITOS: VI, V, VI e VIII
- Rua Joaquim da Silva Caldas, nº 100, Bongí





- Bairros: Afogados, Areias, Barro, Bongí, Caçote, Coqueiral, Curado,
- Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, Sancho, San Martín, Tejipió e Totó.
- Público: Adolescentes e jovens (12 anos completos até 18 incompletos) de ambos os sexos que apresentem sofrimento psíquico e/ou transtorno mental grave e persistente decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas. Infanto-juvenil.
- ATENDIMENTO: 08:00 às 17:00 hs (segunda a sexta-feira)

CAPS Luiz Cerqueira:

- Referência para adolescentes dos DISTRITOS: I, II, III e VII
- Rua Álvares de Azevedo, 80, em Santo Amaro.
- Bairros: Alto Santa Terezinha, Água Fria, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Campo Grande, Cajueiro, Campina do Barreto, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Rosarinho e Torreão.
- Público: Adolescentes e jovens (12 anos completos até 18 incompletos) de ambos os sexos que apresentem sofrimento psíquico e/ou transtorno mental grave e persistente decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas. Infanto-juvenil.
- ATENDIMENTO: 24h

Abreu e Lima

- CAPS i - Casa da Criança: Rua São Cristóvão, 71 - Timbó

Camaragibe

- CAPS i - Camará Mirim: Rua Afonso Pena, nº 81-A (104), Timbi

Cabo Sto Agostinho

- CAPS i - Camará Mirim: Rua Afonso Pena, nº 81-A (104), Timbi

Jaboatão dos Guararapes

- CAPS i - Pe Roma: Av. Manoel Carneiro Leão, nº175 - Dois Carneiros Baixo





ARAÚJO, Liubiana Arantes de; VELOSO, Cássio Frederico; SOUZA, Matheus de Campos; AZEVEDO, João Marcos Coelho de; TARRO, Giulio. The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, v. 97, n. 4, p. 369-377, 2021. Disponível em: www.jped.com.br. Acesso em: 15 jan. 2025.

BAHIA, C. A.; AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; DE SOUZA MINAYO, M. C. Adolescent intentional self-harm notifications and hospitalizations in Brazil, 2007-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200006>.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.*

BRASIL. Política Nacional de Humanização do SUS. Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011.*

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Estabelece a notificação de violência e tentativas de suicídio. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jun. 2014.*

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS – EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

Sistema de Protocolos – USP. Disponível em:

<https://protocolos.hcrp.usp.br/exportar-pdf.php?idVersao=1067>. Acesso em: nov. 2024.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental. Autores: Elaine de Oliveira Leppaus, Fernanda Schwanz Coutinho, Gabriela Bertulozo Ferreira, Indira de Paula Nunes Pinto, Lais Fardin Novaes, Larissa Almeida Rodrigues, Natália Maria de Souza Pozzatto, Nathalia Borba Raposo Pereira, Renata Ribeiro Herkenhoff, Vicente de Paulo Ramatis Lima. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018.

GUIA DO EPISÓDIO DE CUIDADO - LINHA DE CUIDADO PARA ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NAS CLÍNICAS EINSTEIN.

Disponível em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Linha_de_Cuidado_p_Atendimentos_de_Urgencia_Psiquiatrica_nas_Clinicas_Einstein.pdf. Acesso em: 15 nov 2024.



GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	OBS
I	CAPS I - Antonio Batista Carneiro	Chã Grande	Rua Dom Luiz, 129. - Centro	
	CAPS I - Uma Nova Forma de Cuidar	Itamaracá	Avenida Beira Mar/ s/n Bairro: Quatro Cantos cidade: Ilha de Itamaracá	
	CAPS I - Acolher	Moreno	Av. Cleto Campelo, 2920, Centro, Moreno	
	CAPS I - Dr. Ivaldo Rufino	Araçoiaba	Rua Paulista, nº 320, centro, Araçoiaba - PE CEP: 53690-000	
	CAPS I - EVOLUÇÃO	Glória do Goitá	Rua Joaquim Coutinho, no 108 Centro - Glória do Goitá	
	CAPS I - João Manoel Rodrigues de Ouro	Itapissuma	Rua Manoel Lourenço, 158 Centro	
	CAPS I - Pombos Coordenadora: Emanuella Cavalcante	Pombos	Rua Travessa José Ancieto do Prado, no 33, Centro	
II	CAPS I	Cumaru	Rua Antônio Félix da Costa, s/n - Matadouro - Centro	
	CAPS I - Flor da Pedra	Lagoa do Itaenga	RUA VENÂNCIO JOSÉ CORREIA LIMA, 152	
	CAPS I Flor da Mata	Paudalho	Av Confederação do Equador, 188 Bairro Alto Dois Irmãos	
	CAPS I - David Salviano Albuquerque	Surubim	Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 195 - Cabaceira, Surubim/PE	
	CAPS I - Josildo Rufino	Vicência	Rua Manoel Trajano de Lira, nº02	
	CAPS I - Izautino Holanda de Oliveira	Feira Nova	Rua Boa Vista, 48 - Centro	
	CAPS I Mr (ref. P Buenos Aires)	Nazaré da Mata	Rua Coronel Luiz Inácio, 751 - Bairro Estrada Nova	
	CAPS I	Passira	Rua Maria Dutra de Barros, 61 Alto Santa Inês	

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	OBS
III	CAPS I - Reginaldo Pereira do Nascimento	Palmares	Rua Maria Verônica de Melo, S/n, São Sebastião.	
	CAPS I - Adolfo Almeida Souta	Água Preta	Rua Silveira Lessa, noo2612, Bairro: Jiquiá	
	CAPS I -Dr.Lamartine Cast. Branco Costa	Barreiros	Rua Massa Falida, Engenho Abaeté, s/n	
	CAPS I - Ismenia Dias de Lucena	Quipapá	Rua Tito Galvão, 62 - Centro	
	CAPS I - Dr. Francisco Jairo Gomes de Sá	Catende	Rua Felipe Pães. 02. Centro. Catende PE	
	CAPS I - Tamandaré	Tamandaré	Rua Antônio Torquatro Vieira - Centro	
	CAPS I - Novos Rumos	Gameleira	Rua Antônio Rigueira, s/n - Centro	
	CAPS I Mr (ref p Cortês)	Ribeirão	Rua Rádio Clube 164 centro Ribeirão	
	CAPS I	São José da Coroa Grande	Rua Antônio Waldemar Aciole Belo, no184, Centro	
IV	CAPS I - Caps Panelas	Panelas	Rua 04 De Outubro S/N Bairro: Centro	
	CAPS I - São Joaquim do Monte	São Joaquim do Monte	AVENIDA JOSÉ GAMELEIRA, 74 - CENTRO	
	CAPS I - Novos Tempos	Agrestina	Rua Sebastião Francisco Tavares, 158, Centro, Agrestina-PE	
	CAPS I - João Cândido de Menezes	Cupira	Av Miguel Pereira Neto 906 cohab Cupira	
	CAPS I	Jataúba	Rua: 02 de Março 160	
	CAPS I MARIA	Jurema	Praça 11 de Setembro, 50	
	CAPS I - Espaço Nova	Taquaritinga do Norte	Rua Juvina Madalena/ Pão de Açúcar Taquaritinga do Norte	
	CAPS I - Quem cuida da mente, cuida da vida	Poçoão	Travessa José Conrado, centro, n. 23, Poçoão/PE	

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	OBS
IV	CAPS I – Altinho MR(ref. para Ibirajuba)	Altinho	Av ver João Alves da Silva,181 - COHAB Altinho-PE	
	CAPS I - Toritama	Toritama	Rua Henrique Tavares, 46	
	CAPS I - Alagoinha	Alagoinha	Rua Largo João Ribeiro, 80	
	CAPS I	Brejo da madre de Deus	Rua Dr Nilo Pecanha - s/n	
	CAPS I - São Domingos	Brejo da madre de Deus	Rua Luiz Cecilio de Santana, 99	
	CAPS I - Riacho das Almas	Riacho das Almas	Rua Walter Braz - s/n	
	CAPS I - Bonito	Bonito	Avenida Deputado Ulisses Guimarães - s/n	
	CAPS I -Dr roberto Flavio Santos Monteiro	Sanharó	Rua Manoel Alves dos Santos	
V	CAPS I – Conviver com a Diferença	Águas Belas	Rua da Esperança, 65	
	CAPS I Mr – Angelim (ref. Palmerina)	Angelim	Rua Mário Augusto Teixeira Freitas s/n Centro	
	CAPS I MR (ref. para Terezinha)	Brejão	Rua Agamenon Magalhães, 25A	
	CAPS I - Aprígio Eloy de MeloMR (ref. Para Jupi)	Jucati	Rua Manoel Moreira filho, 70	
	CAPS I - Capoeiras	Capoeiras	Rua 21 de dezembro nº66 centro	
	CAPS I	Calçado	Rua Mandu Caiçano – s/n - Centro	
	CAPS I - Maria do Carmo Soares	Lajedo	Avenida governador Paulo Guerra, n 206	
	CAPS I - Entre Rios	Paranatama	Rua Roldão Guimarães	
	CAPS I - Saloá	Saloá	Rua José Alves bezerra n 100	

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	OBS
V	CAPS I	Lagoa do Ouro	Rua Luiza Vieira de Lima, 95	
	CAPS I Centro de Atenção Psicossocial I	Canhotinho	Rua José Ferreira leite	
	CAPS I - Audálio Ramos de Oliveira	Bom Conselho	Rua Nilton Prado / 57	
	CAPS I - Caetés	Caetés	Rua Melquiades Borrego - s/n	
	CAPS I CORRENTES	Correntes	Rua do centro - s/n	
	CAPS I - Elias Lopes Lima Filho	São João	Rua Manoel Rodrigues, 750 São João	
	CAPS I - ISABEL LEAL DA COSTA	Itaíba	Rua Arcoverde S/N Centro	
VI	CAPS I - Odená Tenório de Almeida	Buíque	Rua monsenhor joseh kerlle	
	CAPS I	Custódia	Rua João veríssimo, 149	
	CAPS I	Inajá	Rua Maria Dondom, 230 centro	
	CAPS I OFICINA DE SAUDE IBIMIRIM	Ibimirim	Rua Carlos Augusto de Melo, 701, Ângelo Gomes, Ibimirim - PE.	
	CAPS I	Manari	Travessa Antônio Jorge, no 14 - Centro	
	CAPS I - Espaço Azul Pedra	Pedra	Rua João Galindo, 51 - Centro.	
	CAPS I - Nova Mente	Petrolândia	Rua maria das dores sobreira n.61	
	CAPS I - Paulo Delgado	Sertânia	Rua Prof Ubirajara Chaves, 200 - Alto da Conceição	
	CAPS I	Tacaratu	Avenida Cônego Frederico, número 110	
	CAPS I Marcilio José Ferreira de Lucena	Tupanatinga	Rua Largo do comércio, número 7, centro, Tupanatinga	

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	OBS
VII	CAPS I MR- Maria Novaes Miranda (ref. Cedro)	Serrita	Praça Coronel Chico Gusmão, s/n, Centro	
	CAPS I - "Rasga Tristeza"	Salgueiro	Rua Amâncio Horácio, 930 - Centro	
VIII	CAPS I - Luiz de Joana	Cabrobó	Av Conrado Ferraz S/N - Centro	
	CAPS I - Zefa Cambão	Sta Ma Boa Vista	Rua Joaquim Nabuco 273 centro	
	CAPS I - Prof. Ivanildo Moisés da Silva	Lagoa Grande	Rua Xique Xique, 49, Centro	
	CAPS I	Afrânio	Rua Caixa Dagua, 33, Isabel Gomes, Afranio-PE	
	CAPS I - Mary Roze do Nascimento Silva	Orocó	Avenida São Sebastião, 735, Centro	
	CAPS I HERCILIA DE JESUS COELHO	Dormentes	Rua José Francisco Rodrigues, 16 - Centro	
IX	CAPS I - Geraldo Florêncio de Alencar	Exu	Rua Coronel Manoel Aires, 147 Centro	
	CAPS I - Maria de Araújo Barros	Bodocó	Rua Agamenon Magalhães, 208 - Centro	
	CAPS I - José C. Silva "Pé no Peito"	Ouricuri	Rua Joaquim Figueiredo, 221. Beberibe	
	CAPS I - Trindade	Trindade	Rua Santa Joana,160 Vila São Pedro	
	CAPS I - Dom Helder Câmara	Ipubi	PE 580, antiga escola Josefa Marinho s/n	
	CAPS I - Saldado Rafael	Araripina	RUA FRANCISCO MUNIZ NETO 164	
X	CAPS I MR - Carnaíba ref. Quixaba	CAPS I MR - Carnaíba	Rua José Fernandes de Andrade, 255 - Bairro Zé Dantas	
	CAPS I MR Caps São Francisco de Assis-tabira - PÉ	Tabira	Sítio Araras	
	CAPS I - Joana Dar C Rabelo	São José do Egito	Rua Presidente Dutra	

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	OBS
X	CAPS I MR BINÚ Ref. Brejinho	Itapetim	Rua Paulino Soares, Centro S/N	
	CAPS I MR - (tuparetama e Ingazeira)	Iguaracy	Rua Fazenda Experimental do Estado	
XI	CAPS I - Cap João Luiz Jardim de Sá	Floresta	Rua Coronel Manoel Olímpio de Menezes, 247 - Centro	
	Caps I Tarcísio Sobreira da Silva	São José do Belmonte	Rua Nilcea Nunes Machado, 19, Vila Fortuna, São José do Belmonte/PE	
	CAPS I MR	Carnaubeira da Penha	Avenida Fleckemberg, 145	
XII	CAPS I - Aconchego	Itambé	Rua Desembargador Vieira de Melo 37	
	CAPS I - Josefa Lira dos Santos	Aliança	Rua Manoel Ribeiro Duarte, número 150	
	CAPS I - Serafim José Xavier	Itaquitinga	Vila Matari s/n Centro	
	CAPS I	Macaparana	Avenida José Leitão de Melo, 598	
	CAPS I	São Vicente Férrer	Sítio Capibaribe, 0	
	CAPS I - Tucano	Timbaúba	Rua Paulo José dos Santos - Jardim Guarani	

Rede de CAPS II (20) – (Saúde Mental)

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	OBS
I	CAPS II Boa Vista	Recife/DS I		
	CAPS II Esperança	Recife/DS III	Rua José Cavalheira, 415 – Tamarineira	
	CAPS II Espaço Vida (a Partir de 15 anos)	Recife/DS IV	Rua Ambrósio Machado, 280 – Iputinga	
	CAPS II São Lourenço Mártir	São Lourenço	Rua Pedro Celestino Muniz, 232, Centro São Lourenço da Mata	
	CAPS II Casa da Primavera	Camaragibe	Rua Severina Francisca do Nascimento, no 27, Timbi	
	CAPS II Saber Viver	Igarassu	Rua Bonito, 20 - Monjope - Cruz de Rebouças - Igarassu/PE	
	CAPS II Solar dos Guararapes	Jaboatão	Rua Emiliano Ribeiro, 280 - Prazeres	
	CAPS II Estação Cidadania	Cabo Sto Agostinho	Rua Amaro Pereira Cavalcante, 197 Centro	
	CAPS II Gregório Bernardo	Ipojuca	PE-60, KM 18, Rurópolis	
	CAPS II Vitória	Vitória de Santo Antão	Rua Dr. José Rufino, no 1097 Cajá - Vitória St. Antão	
II	CAPS II - Dr. Jose Fernandes Neto	Carpina	Av. João Caldas, 130 Santo Antonio	
III	CAPS II	Escada	Av. Barão do Rio Branco, 41 - Centro	
IV	CAPS II Belo Jardim	Belo Jardim	Rua: Cícero Barbosa Maciel, n 116, Boa Vista	
	CAPS II Jose Bezerra de Araujo	Sta. Cruz do Capibaribe	Rua Dr. Petrônio Barbosa, 111 Nova Sta Cruz	
	CAPS II Nova Vida	Gravatá	Rua Isaltino Poggi, 33	
	CAPS II Pesqueira	Pesqueira	Rua Esio Araújo 230, Centro	
	CAPS II Caminho da Superação	Bezerros	RUA CAPITÃO EULINO DE MENDONÇA N:05, CENTRO BEZERROS-PE	

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	OBS
VI	CAPS II Espaço Renascer	Arcoverde	Avenida Agamenon Magalhães, 340 - Centro	
VIII	CAPS II André do Cavaquinho	Petrolina	Rua Vereador José Gomes de Sá, S/N, Centro, Petrolina -PE.	
XII	CAPS II Correia Picanço	Goiana	Rua Djalma Raposo, N°54 - Centro	

Rede de CAPSij (17) - (Saúde Mental Infantojuvenil)

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	OBS
I	CAPS ij - Zaldo Rocha	Recife/DS II	Rua Castro Alves, 143 - Encruzilhada	
	CAPS ij -CEMPI - Cent Méd Psicopd. Infantil	Recife/DS V	Av. São Paulo, 677 - Jardim São Paulo	
	CAPS ij - Cléa Lacet	Recife/DS V	Rua Emilio Torreão, 154 - Afogados	
	CAPS ij Marcela Lucena	Recife/ VIII		
	CAPS ij - Casa da Criança	Abreu e Lima	Rua São Cristóvão, 71 - Timbó	
	CAPS ij - Camará Mirim	Camaragibe	Rua Afonso Pena, no 81-A (104), Timbi	
	CAPS ij - Ciranda da Vida	Cabo Sto Agostinho	Rua João Matias de Santana, no 70 - Ponte dos Carvalhos	
	CAPS ij - Caps Infanto Juvenil Valério Leitão	Olinda	Rua Pereira Simões,72 Bairro Novo Olinda	
	CAPS ij - Pe Roma	Jaboatão	Av. Manoel Carneiro Leão, no175 - Dois Carneiros Baixo - Regional II	
	CAPS ij Paulista	Paulista		
II	CAPS ij	Carpina	Caps infantil Thiago Gabriel de Oliveira Martins Garrido. Rua Josefa Bione, no 295	
V	CAPS ij - José Inaudo Gomes	Garanhuns	Avenida Gonçalves Maia, 398	

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO	ENDEREÇO	OBS
VI	CAPS ij MR	Arcoverde	Rua Mario Melo, 306	
VIII	CAPS ij - José Mário Meneses da Silva Junior	Petrolina	Rua Praça Pinho VII, 284 - Centro	
X	CAPS ij - MR	São José do Egito	Rua Cláudio Leite, 569 - centro	
	CAPS ij MR Dora Galvão	Afogados da Ingazeira	Travessa Simão Alves, 183 - Centro, Afogados da Ingazeira	
XI	CAPS ij Mr Alexandra Martins dos Santos	Serra Talhada	Rua José Carlos de Oliveira s/n - Centro	

Secretaria
de Saúde



GOVERNO DE
**PER
NAM
BUCO**
ESTADO DE MUDANÇA