

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROSSANA MARA TEIXEIRA

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA
ALCÓOLICA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

ROSSANA MARA TEIXEIRA

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA
ALCÓOLICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem-Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientador(a): Prof^a Dr^a. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Protocolo de Atendimento à Síndrome de Abstinência Alcoólica** de autoria do aluno Rossana Mara Teixeira foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial.

Prof^ª Dr.^a Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo construir um protocolo de atendimento para pacientes que apresentam síndrome de abstinência alcoólica (SAA) nos serviços de saúde do município de Oliveira-MG. Trata-se de um trabalho descritivo. A construção do protocolo foi fundamentada em pesquisa anterior realizada no CAPS ad III 24 horas. Para a construção do protocolo, a equipe de saúde realizou reuniões para discussão dos casos atendidos no serviço, assim, como a maioria dos atendimentos realizados era para pacientes diagnosticados com SAA, optou-se por iniciar o registro de todas as SAA atendidas no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014. As informações registradas eram referentes aos sintomas e reações apresentadas pelos pacientes em SAA. Para construção do protocolo, essas informações foram comparadas as obtidas mediante ampla revisão de literatura acerca da temática. O presente estudo possibilitou a construção de um protocolo de atendimento aos pacientes em SAA. Desse modo, espera-se que o protocolo possa colaborar com a sistematização da assistência, facilitando o cuidado com roteiro de orientação e ampliando a qualidade da assistência prestada aos usuários de álcool.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Síndrome de abstinência alcoólica Nível I.....	13
Tabela 2: Síndrome de abstinência alcoólica Nível II.....	14

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DT - Delirium Tremens

ESF - Estratégia de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAA - Síndrome de Abstinência Alcoólica

SPA – Substâncias Psicoativas

UAI – Unidade de Atendimento Integrado

SUMÁRIO

RESUMO.....	3
LISTA DE TABELAS.....	4
LISTA DE SIGLAS.....	5
1 INTRODUÇÃO.....	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	8
2.1 Álcool.....	9
2.2 Resumo das ações químicas provocadas pelo uso de spa substância efeitos imediatos efeitos tardios do consumo contínuo.....	11
2.2.1 Álcool.....	11
3 OBJETIVO.....	11
4 MÉTODO.....	11
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	12
5.1 Diretrizes para abordagem da abstinência alcoólica.....	12
5.1.1 Síndrome de Abstinência Alcoólica nível I.....	12
5.1.2 Síndrome de Abstinência Alcoólica nível II.....	13
5.1.3 Cuidados com a SAA.....	14
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
7 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	15

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da especialização percebi no meu campo de trabalho a falta de um instrumento que auxiliasse os profissionais de saúde a padronizar o atendimento prestado aos pacientes em seguimento no serviço. Desse modo, eu e uma colega de trabalho tivemos a idéia de criar um protocolo de Saúde Mental para o CAPS AD III Reviver do Município de Oliveira-MG. Entre os temas identificados como importantes, fiquei responsável pela construção do protocolo à Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA), o qual irei descrever neste trabalho.

Todo material é baseado na lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O movimento da Reforma Psiquiátrica formalizada por essa lei preconiza a implementação de um modelo humanizado de atenção integral comunitário.

Desse modo, o cuidado ao paciente com transtorno mental deve ser realizado em uma rede integrada de atenção, que inclui desde serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) (unidades básicas de saúde e estratégia da saúde da família), como serviços especializados em saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) e hospitais gerais.

O Município estudado implantou em 2005, o CAPS I voltado para o atendimento diário de pessoas que apresentam quadro de transtorno mental severo e persistente. Em 2010 implantou o CAPS AD para atendimento de pessoas que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas. Em 2013 mudou a modalidade de CAPS II para CAPS III 24 horas. Neste mesmo ano foi implantado o CAPS i voltado para o atendimento infantil. Fortalecendo dessa forma a rede municipal de saúde mental e estruturando o fluxo de atendimento.

O Programa de Saúde Mental do município estudado visa promover a qualidade de vida das pessoas que apresentam dificuldades emocionais ou têm diagnóstico de algum transtorno mental, bem como de seus familiares por meio de uma atenção comunitária, com enfoque no cuidado e na reabilitação psicossocial. Desse modo busca potencializar os recursos já existentes em parceria e co-responsabilidade com Atenção Básica, em especial, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ações intersetoriais no intuito de melhorar a abordagem, acolhimento, tratamento e encaminhamento dos usuários, visando qualificar o atendimento e evitar internações desnecessárias.

O objetivo desse protocolo é orientar todos os profissionais da saúde mental de Oliveira, no diagnóstico, avaliação e tratamento da SAA e também das complicações clínicas e psiquiátricas associadas, conseguindo assim contextualizar as necessidades dos usuários e avaliar o potencial do protocolo como guia norteador do cuidado de enfermagem.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Pessoas que bebem de forma excessiva, quando diminuem o consumo ou se abstêm completamente, podem apresentar um conjunto de sintomas e sinais, denominados Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA). Alguns sintomas, como tremores, são típicos da SAA. Entretanto, muitos outros sintomas e sinais físicos e psicológicos considerados como parte da SAA são insidiosos, pouco específicos, o que torna o seu reconhecimento e a sua avaliação processos complexos, muito mais do que possa ser pensado num primeiro momento.

Uma série de fatores influenciam o aparecimento e a evolução dessa síndrome, entre eles: a vulnerabilidade genética, o gênero, o padrão de consumo de álcool, as características individuais biológicas e psicológicas e os fatores socioculturais. Os sintomas e sinais variam também quanto à intensidade e à gravidade, podendo aparecer após uma redução parcial ou total da dose usualmente utilizada, voluntária ou não, como, por exemplo, em indivíduos que são hospitalizados para tratamento clínico ou cirúrgico. Os sinais e sintomas mais comuns da SAA são: agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros. Ocorrem complicações como: alucinações, o Delirium Tremens(DT) e convulsões (LARANJEIRAS *et al.*, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 2011, 2,5 milhões de pessoas morrem anualmente por problemas relacionados ao uso de álcool que é causa de cerca de sessenta tipos de doenças. O álcool figura entre as quatro doenças mais incapacitantes. Na faixa etária dos 15 aos 29 anos a taxa de mortes relacionadas ao álcool pode atingir 9%. A última pesquisa por domicílio, 2005 demonstrou que o Brasil apresenta 12,3% de dependentes ao álcool e pesquisas do Ministério da Saúde relatam aumento do consumo de álcool entre as mulheres nos últimos anos: 2006 8,1% consumiram álcool, em 2007 9,3% e em 2008 esse número aumentou para 10,5%. No mesmo ano 29% dos homens relataram consumo de álcool.

Em torno de 60% dos acidentados no trânsito apresentam índices de alcoolemia superiores aos permitidos pelo Código Brasileiro de Trânsito. Esses dados justificam que a investigação sobre o uso de álcool seja investigada em todos os atendimentos (LARANJEIRAS *et al.*, 2003).

Ao considerar a relevância da estruturação de medidas de prevenção, tratamento e seguimento dos problemas relacionados ao consumo de álcool, é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados e disponham de alguns recursos necessários para o acompanhamento dessa problemática. Desse modo, a organização de programas de educação continuada e protocolos de atendimentos são importantes para o sucesso no manejo dessa clientela.

Assim finalidade da construção do protocolo para atendimento da SAA no Município estudado é orientar todos os profissionais da Saúde Mental em relação ao diagnóstico, tratamento da SAA e complicações clínicas e psiquiátricas associadas. Desse modo será possível contextualizar as necessidades dos usuários e avaliar o potencial do protocolo como guia norteador do cuidado de enfermagem.

2.1 Álcool

O problema relacionado ao consumo do álcool só podem ser comparados àqueles causados pelo consumo do tabaco e pelas práticas de sexo sem proteção.

As complicações relacionadas ao consumo de álcool não estão necessariamente relacionadas ao uso crônico. Intoxicações agudas, além de trazer riscos diretos à saúde, deixam os indivíduos mais propensos a acidentes. Desse modo, os problemas relacionados ao consumo de álcool podem acometer indivíduos de todas as idades. Desta forma, é importante que os profissionais de saúde investiguem o histórico de uso em todos os pacientes (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

O diagnóstico precoce melhora o prognóstico entre esses indivíduos. Aqueles que possuem um padrão de consumo elevado devem ser motivados para a abstinência ou a adoção de padrões mais razoáveis ao consumo. Para aqueles que possuem dependência de álcool, o encaminhamento para um serviço de tratamento especializado como CAPS ad, deve ser recomendado (LARANJEIRA *et al.*, 2003).

A dependência de álcool acomete de 10% a 12 % da população mundial e 11,2% dos brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do país, segundo o levantamento domiciliar sobre o uso de drogas. O álcool, ao lado da dependência de tabaco, é a forma de dependência que recebe maior atenção dos pesquisadores.

Muitas características, tais como gênero, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil podem influenciar o uso nocivo de álcool, bem como o desenvolvimento da dependência ao álcool (LARANJEIRA et al., 2003).

O padrão de consumo de álcool é um aspecto relevante na avaliação inicial de qualquer paciente. A investigação detalhada do padrão de consumo, além de detectar os níveis de gravidade, permitem a observação de rituais de uso e auxiliar no estabelecimento de estratégias de mudanças (LARANJEIRA et al., 2003).

- Intoxicação Aguda

Intoxicação é o uso nocivo de substâncias em quantidade acima do tolerável para o organismo. Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Inicialmente há sintomas para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma (LARANJEIRA et al., 2003).

- Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)

A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto definidos pela CID-10 e pelo DSM-IV, como síndrome de abstinência do álcool (LARANJEIRA ET al., 2003).

A maioria dos dependentes (70% a 90%) apresenta uma síndrome de abstinência entre leve e moderada, caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora. Que acontece cerca de 24 a 36 horas após a última dose.

Apenas medidas de manutenção geral dos sinais vitais são aplicadas nesses casos. Por volta de 5% dos dependentes apresentarão uma síndrome de abstinência grave. Crises convulsivas aparecem em 3% dos casos e geralmente são auto limitadas, não requerendo tratamento específico (LARANJEIRA et al., 2003).

O sintoma de abstinência mais comum é o tremor, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos. Tem intensidade variável e aparecem algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, mais observados no período da manhã. Acompanham os tremores a hiperatividade autonômica, hipotensão ortostática e febre (LARANJEIRA et al., 2003).

Em alguns casos a internação em hospital geral é necessária a fim de evitar iatrogenias, bem como para manejar possíveis complicações durante o tratamento da SAA (LARANJEIRA et al., 2003).

2.2 Resumo das ações químicas provocadas pelo uso de spa substância efeitos imediatos efeitos tardios do consumo contínuo

2.2.1 Álcool

Diminuição da coordenação motora e do equilíbrio; Hipotensão, parada respiratória, coma e até mesmo a morte.

Fraqueza, câimbras e amortecimento em MMII; Impotência ou frigidez sexual; Perda de memória, diplopia (visão dupla), cirrose hepática (doença no fígado), instabilidade emocional, agressividade extrema e demência irreversível (devido à destruição irreversível de células cerebrais).

3 OBJETIVO

O objetivo do estudo foi construir um protocolo de atendimento para pacientes que apresentam SAA nos serviços de saúde do município de Oliveira-MG.

4 MÉTODO

Trata-se de um trabalho descritivo com a finalidade de construir um protocolo para atendimento da SAA para ser aplicado por profissionais de enfermagem nos serviços de saúde. A construção do protocolo foi fundamentada em pesquisa anterior realizada no CAPS ad III 24 horas que teve como finalidade avaliar na rotina do serviço. Para a construção do

protocolo, a equipe de saúde realizou reuniões para discussão dos casos atendidos no serviço, assim, como a maioria dos atendimentos realizados era para pacientes diagnosticados com SAA, optou-se por iniciar o registro de todas as SAA atendidas no período de Setembro de 2013 à fevereiro de 2014. Desse modo foram registrados 15 casos de SAA. As informações registradas eram referentes aos sintomas e reações apresentadas pelos pacientes em SAA. Para construção do protocolo, essas informações foram comparadas as obtidas mediante ampla revisão de literatura acerca da temática.

5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, no CAPS ad III Reviver no município de Oliveira-MG, abrangendo uma amostra de 41 usuários com dependência em álcool, os quais aceitaram participar. Durante os meses desta pesquisa foram avaliados do total de 41 usuários (4 mulheres e 37 homens): 15 dos 41 usuários foram diagnosticados com SAA, 17 com SAA e intoxicação alcoólica, e 9 com intoxicação alcoólica.

5.1 Diretrizes para abordagem da abstinência alcoólica

Conceito: A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto definidos como Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA).

5.1.1 Síndrome de Abstinência Alcoólica nível I

Trata-se de **quadro leve e moderado** e pode ser tratada a nível ambulatorial conforme descrito na tabela 1 abaixo:

Conjunto de Sinais e Sintomas	Tratamento
Orientado no tempo e no espaço Juízo crítico da realidade preservado Ansiedade leve	<u>Cuidados gerais:</u> Esclarecer o paciente e familiares sobre SAA Monitoramento por 04 semanas a cada 03 ou

<p>Agitação psicomotora discreta Tremores finos de extremidades Sudorese discreta Náuseas sem vômitos Sem complicações clínicas ou psiquiátricas</p>	<p>05 dias Contra – indicar condução de veículo Dieta leve e hidratação adequada VO Repouso relativo Supervisão familiar Encaminhar para emergência hospitalar se houver rebaixamento do nível de consciência e / ou desorientação no tempo e no espaço <u>Farmacoterapia:</u> Tiamina / dia: 100 mg IM nos primeiros 03 dias e Tiamina 300 mg VO nas 04 semanas seguintes Diazepam: 20 a 40 mg dia/oral divididos em três tomadas ou Lorazepam (se hepatopatia): 4 a 8 mg dia/oral divididos em três tomadas por 07 dias A partir da segunda semana, reduzir gradativamente os sedativos</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 1: Síndrome de abstinência alcoólica Nível I

5.1.2 Síndrome de Abstinência Alcoólica nível II

Trata-se de **quadro grave** (Delirium Tremens) que pode ser potencialmente letal. O tratamento deverá ser efetuado a nível hospitalar ou em UAI, se houver estrutura técnica para tal, conforme descrito na tabela 2 abaixo:

Conjunto de Sinais e Sintomas	Tratamento
<p>Rebaixamento do nível de consciência Desorientação tempo - espaço Comprometimento do juízo crítico da</p>	<p><u>Cuidados gerais:</u> Esclarecer os familiares sobre SAA Dieta leve (se nível de consciência</p>

<p>realidade – ideação delirante</p> <p>Alucinações auditivas, visuais e táteis</p> <p>Ansiedade intensa</p> <p>Agitação psicomotora grave Tremores grosseiros de extremidades</p> <p>Sudorese profusa</p> <p>Vômitos</p> <p>Pode haver complicações clínicas ou neurológicas (investigar)</p>	<p>preservado) ou jejum (confusão mental)</p> <p>Repouso absoluto</p> <p>Realizar contenção no leito se agitação intensa</p> <p>Redução do estímulo áudio – visual</p> <p>Manter luzes acesas</p> <p>Monitorização rigorosa dos dados vitais, glicemia, eletrólitos, enzimas hepáticas e hidratação parenteral</p> <p><u>Farmacoterapia:</u></p> <p>Tiamina / dia: 300 mg IM nos primeiros 07 dias e Tiamina 300 mg VO nas 04 semanas seguintes. Dobrar a dose se houver suspeita de Síndrome de Wernicke: confusão mental, ataxia e nistágmo</p> <p>Diazepam: 10 a 20 mg oral de hora em hora até sedação leve ou</p> <p>Lorazepam (se hepatopatia): 2 a 4 mg oral de hora em hora até sedação leve</p> <p>Após o período agudo, estabelecer posologia dos sedativos como no Nível I</p> <p>Caso haja intensa vivência delirante – alucinatória, utilizar Haloperidol 5 mg / dia VO ou IM por até 07 dias</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 2: Síndrome de abstinência alcoólica Nível II

5.1.3 Cuidados com a SAA

O que não fazer

- Administrar glicose antes da aplicação da Tiamina IM

Nos casos de **intoxicação alcoólica** em pacientes usuários crônicos de álcool a administração de Tiamina IM 30 minutos antes da infusão de glicose também deve ser realizada. As células

nervosas utilizam a Tiamina na metabolização da glicose. A ausência da vitamina em usuários crônicos pode desencadear a encefalopatia de Wernicke.

- Hidratar indiscriminadamente
- Administrar Clorpromazina ou Hidantoína
- Administrar Diazepam por via IM ou associado ao soro fisiológico / glicosado

Se a via oral não for possível, aplicar injeção direta e lenta do Diazepam (2ml ; 10 mg) + ABD Fazer em 02 minutos a fim de evitar o risco de parada respiratória

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de álcool está presente na maioria dos serviços de saúde da atualidade, e representa um dos principais problemas de saúde pública, o qual a equipe de enfermagem e os demais profissionais da área estão expostos com frequência. O presente estudo possibilitou a construção de um protocolo de atendimento aos pacientes em SAA. Desse modo, espera-se que o protocolo possa colaborar com a sistematização da assistência, facilitando o cuidado com roteiro de orientação e ampliando a qualidade da assistência prestada aos usuários de álcool.

7 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BRANDÃO, S. N. **Visita Domiciliar: Ampliando Intervenções Clínicas em Comunidade de Baixa Renda.** Dissertação de Mestrado, Brasília, 2001.

BRASIL. Lei n. 10216 de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e a atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 02/03/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 7**, Edição Especial, Ano V, nº 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

DELGADO, *et al.*, Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência regional de Reforma nos serviços de saúde mental: 15 anos depois de caracas. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KONH, R. (org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.10, n.20, p. 281-298. 2006.

MACHADO, K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? **Rev. Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, 2005.

Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** Capacitação para Conselheiros e Lideran Comunitárias. – 3. ed. – Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. 424 p.

VERNETIKIDES, C. H. *et al.* **Protocolo integrado de saúde mental em Curitiba.** 2002.