

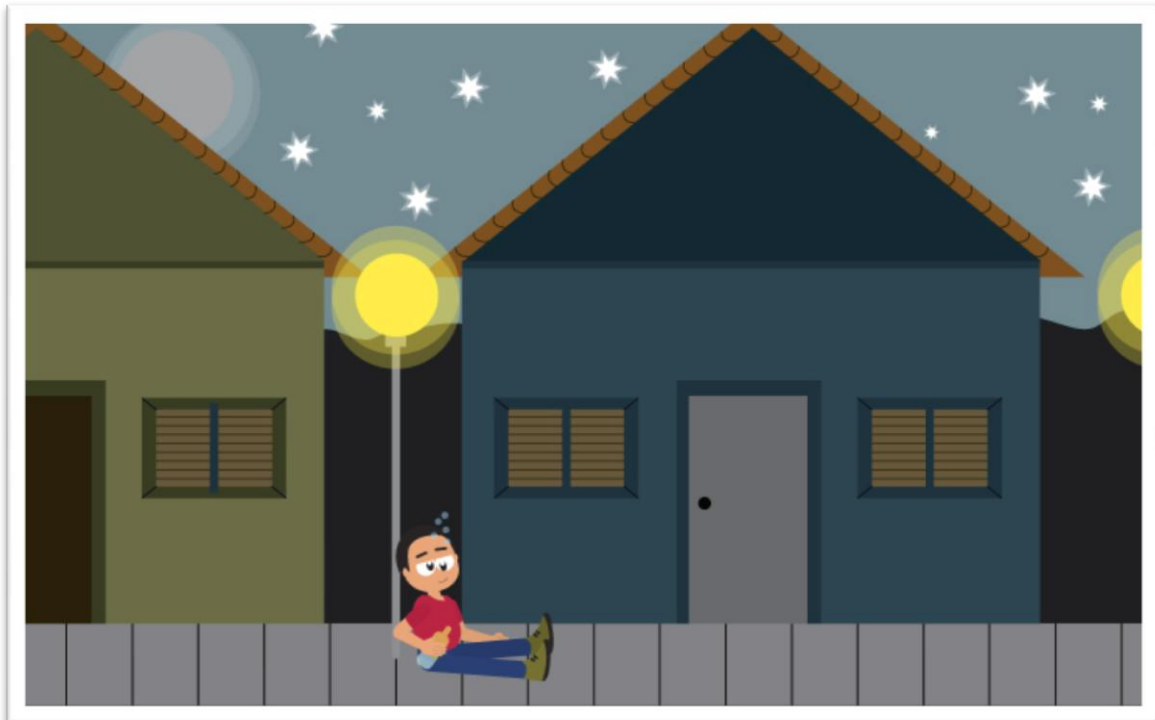
## APRESENTAÇÃO DA UNIDADE

### Objetivos educacionais da unidade

Esta unidade abordará como conduzir o paciente usuário de álcool e outras drogas na Atenção Domiciliar. Serão tratados os seguintes aspectos:

- sinais e sintomas da dependência de álcool e outras drogas;
- manejo dos pacientes dependentes de álcool e outras drogas;
- orientações ao cuidador quanto às crises de abstinência;
- reconhecimento de quando a equipe deve referenciar o caso para a rede de serviços de saúde.

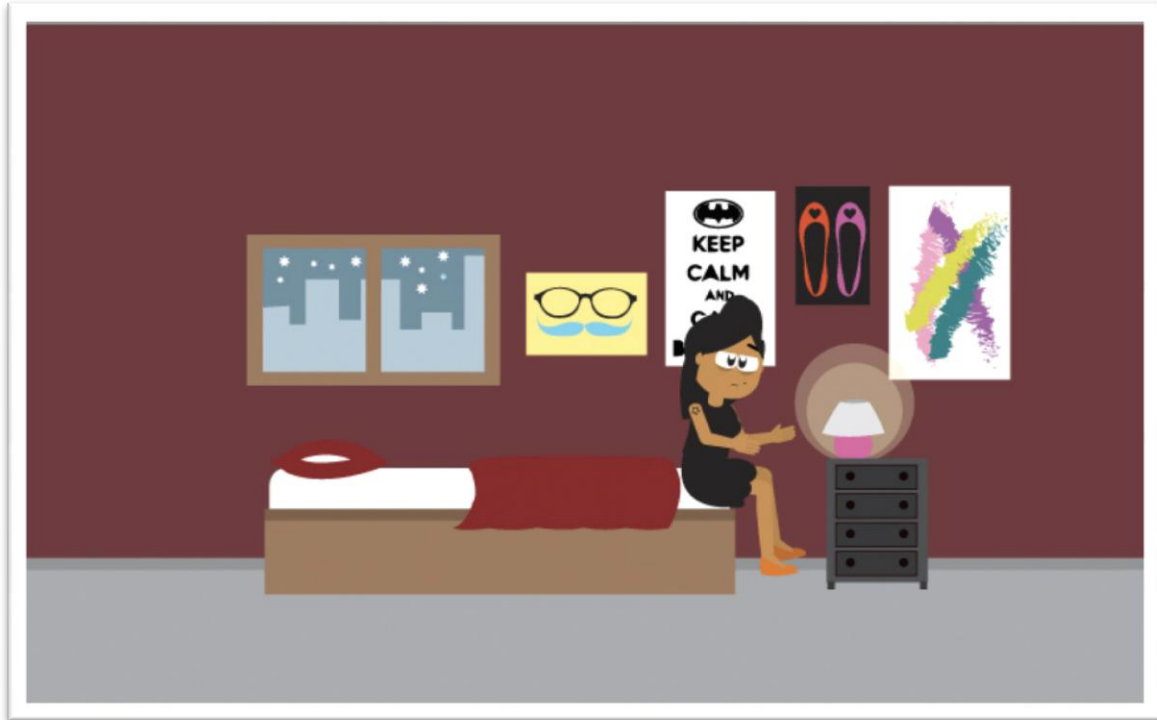
### CASO CLÍNICO



José, 35 anos, etilista de longa data (há, pelo menos, 20 anos) deu entrada na emergência, desacordado e acompanhado do vizinho que relatou tê-lo encontrado caído na calçada perto da sua casa. Mesmo andando "cambaleando" devido à neuropatia alcoólica periférica, José, com frequência, procurava por bebida alcoólica no bar localizado a 20 metros de sua casa.

Ao ser admitido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), foi constatado que teve fratura fechada em fêmur de perna direita e no úmero de braço direito. Foi transferido para hospital de referência e, após dois dias de hidratação venosa, acordou agitado, relatando ver aranhas por toda a parte. Então foi iniciado o uso de Haloperidol e Fenegram e solicitado ao Serviço Social que um familiar comparecesse ao hospital para prestar orientações iniciais necessárias visando continuar o tratamento com a EMAD.

Na situação atual, José tem dependência total para atividades da vida diária devido às fraturas e à neuropatia alcoólica. Na alta, já marcou a data de retorno para reavaliação das fraturas. Houve receio da mãe, Dona Teresa, 50 anos, de José não obedecer às orientações que lhes foram dadas inicialmente, embora tenha aceitado a transferência do cuidado para o domicílio.



Na mesma casa, também reside a irmã de José, Sabrina, 25 anos, usuária de cocaína e crack há dois anos. Apresenta semanalmente agudização da situação clínica por meio de quadros de abstinência, pois lhe falta dinheiro para comprar a droga e manter o vício. Após realizar a primeira visita domiciliar, a enfermeira, o psicólogo, a terapeuta ocupacional, a nutricionista, a médica e a fisioterapeuta perceberam que teriam de acompanhar também Sabrina, pois a família estava doente. Foi realizada, então, visita da assistente social e da enfermeira à Unidade de Saúde da Família (USF), momento em que foi exposto o caso familiar e os profissionais declararam que estariam somando forças para cuidar da família.

O psicólogo do SAD também foi ao Centro de Atendimento Psicossocial/Álcool e Drogas (CAPS – AD) com a finalidade de se apresentar e discutir os casos. Ambos os pacientes têm visitas pela EMAD há quatro meses. Toda a equipe está produzindo o resumo de alta para que o cuidado se mantenha na USF e CAPS - AD, pois José já apresenta as fraturas consolidadas e consegue praticar o autocuidado.

## O QUE É DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS?

A dependência química (de álcool e outras drogas) é uma doença crônica, que pode causar alterações irreversíveis no cérebro. O uso dessas substâncias químicas é mantido por causa do comportamento compulsivo. A assistência domiciliar deve ajudar a família e demais pessoas próximas a entender que não devem culpar o paciente pelo uso abusivo de substâncias químicas,

mas, por meio de orientações, auxiliá-lo a manter um plano de cuidados que atinge o sucesso em longo prazo.

A síndrome de dependência é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, em que o indivíduo continua usando a droga, apesar dos problemas que o consumo acarreta. A abstinência também é um sintoma da dependência e se caracteriza por alteração comportamental e fisiológica, decorrente da diminuição ou parada do uso da droga (MARTINS; DAMASCENO; AWADA, 2007; WHO, 1999).

### O alcoolismo e as interações sociais



Fonte: (UNA-SUS UFPE, 2014).

Especificamente no caso do álcool, é importante saber que a dependência acomete de 10% a 12% da população mundial e 11,2% dos brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do país, segundo levantamento domiciliar sobre o uso de drogas (CARLINI et al., 2002).

A definição de alcoolismo sempre esteve associada ao status social, um tipo de suporte às relações e às interações sociais. Porém a Organização Mundial de Saúde define o alcoolista como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico (BELLEHUMEUR et al., 2007; WHO, 2004).



#### Saiba mais

Recomendamos que você saiba mais lendo as Políticas do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2008).

Clique [aqui](#).

## COMO DIAGNOSTICAR E AVALIAR?

O diagnóstico de dependência de álcool e de outras drogas não é dado com a mesma precisão como ocorre em relação a outras doenças. O diagnóstico muito frequentemente é tardio, pois o paciente já se encontra como usuário crítico, e isso seguramente piora o prognóstico sobre a dependência e o dependente químico (SILVA; LARANJEIRA, 2006).



### Saiba mais

Recomendamos que você saiba mais lendo as Políticas do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2008). Clique [aqui](#).

Quanto maior o tempo de uso de álcool e drogas, maior a tendência de os pacientes possuírem déficits na formação pessoal (baixa escolaridade, inabilidade para resolução de conflitos sociais e emocionais). O equilíbrio obtido com o tratamento é bastante instável, principalmente nos períodos iniciais, razão por que as recaídas são frequentes, sendo, portanto, necessário se manter persistente RIBEIRO; LARANJEIRA; MESSAS, 2006

### Diagnóstico de dependência ao uso do álcool

A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução podem favorecer o aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto, definidos pela CID-10 (OMS, 1993) e pelo DSM-IV como síndrome de abstinência do álcool (SAA).



### Saiba mais

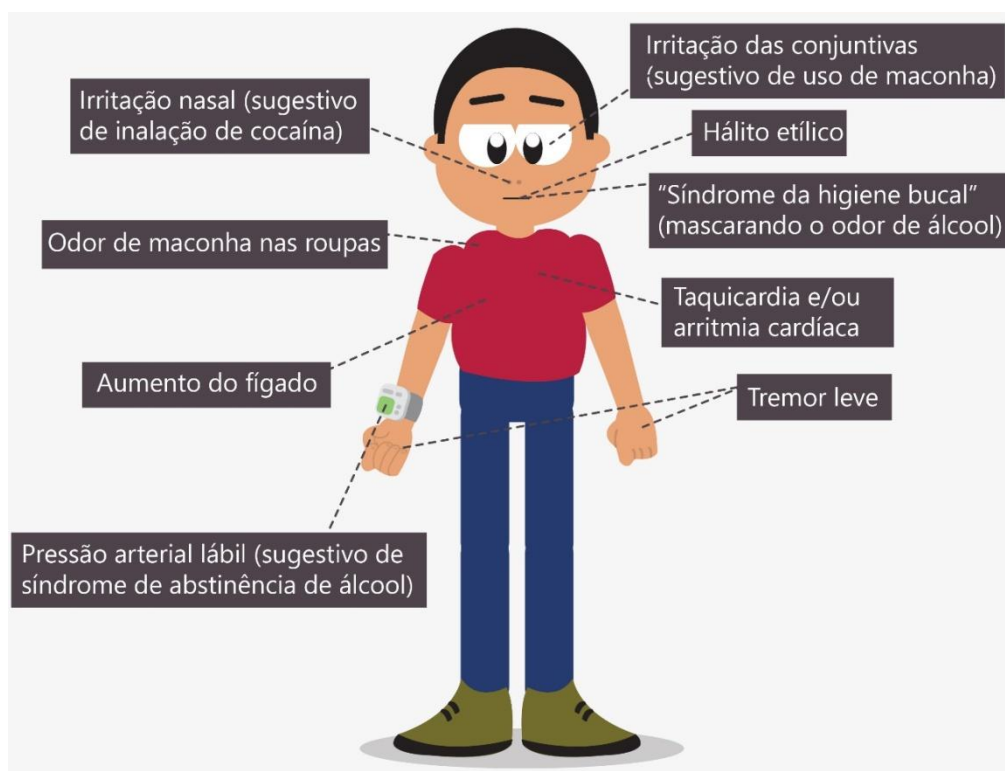
O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), destinado a profissionais da área da saúde mental, lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association - APA) (APA, 1994).

O DSM-IV organiza cada diagnóstico psiquiátrico em cinco níveis (eixos), relacionando diferentes aspectos das desordens ou debilidades:

- eixo I: transtornos clínicos, incluindo, principalmente, transtornos mentais bem como problemas do desenvolvimento e aprendizado;
- eixo II: transtornos de personalidade ou invasivos bem como retardo mental;
- eixo III: condições médicas agudas ou desordens físicas;
- eixo IV: fatores ambientais ou psicossociais, contribuindo para desordens;
- eixo V: Avaliação Global das Funções (*Global Assessment of Functioning*) ou Escala de Avaliação Global para Crianças (*Children's Global Assessment Scale*) para jovens abaixo de 18 anos (numa escala de 0 a 100).

É importante que você conheça, também, o AUDIT, uma ferramenta que possibilita avaliar o padrão de uso do álcool nos últimos doze meses. Acesse os Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental, página 95, disponível [aqui](#), para conhecê-lo (BRASIL, 2013).

A EMAD deve identificar, a cada visita, os sinais físicos sugestivos do uso de álcool e drogas no caso de o paciente apresentar recaídas (MARQUES; RIBEIRO, 2003a):



Fonte: (UNA-SUS UFPE, 2014).

### Diagnóstico de dependência ao uso de drogas em AD

O diagnóstico deve ser dado em função do tipo de substância tóxica ou da categoria de substâncias tóxicas responsáveis pelo quadro. Diagnósticos complementares devem ser utilizados, quando outras drogas forem consumidas em quantidades suficientes para provocar uma intoxicação, causando efeitos nocivos à saúde, dependência ou outros transtornos. A apresentação dos sintomas indica se o uso da droga é recente ou se o indivíduo já faz uso prolongado.

A seguir, apresentamos um quadro comparativo sobre o efeito do uso agudo e prolongado de cocaína:

### Efeito do uso agudo e prolongado de cocaína e derivados

<p>Efeitos no uso agudo de cocaína e derivados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euforia que pode evoluir para disforia</li> <li>• Sensação de aumento de energia</li> <li>• Sensação de bem estar</li> <li>• Aumento das sensações (sexuais, auditivas, táteis e visuais)</li> <li>• Diminuição do apetite</li> <li>• Aumento da ansiedade</li> <li>• Diminuição da necessidade de sono</li> <li>• Diminuição do cansaço</li> <li>• Aumento da confiança</li> <li>• Delírios persecutórios</li> <li>• Sintomas gerais de liberação simpática</li> </ul>
<p>Efeitos no uso prolongado de cocaína e derivados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomas depressivos</li> <li>• Desmotivação</li> <li>• Sonolência</li> <li>• Paranoia</li> <li>• Irritabilidade</li> <li>• Ataques de pânico</li> <li>• Associação ao consumo de álcool ou substância sedativa</li> </ul>

Fonte: (APA, 1994).



#### Saiba mais

Você sabe a diferença entre "abstêmios", "bebedores sem problemas" (chamados bebedores sociais), "bebedores com problemas" (abusadores) e "alcoolistas"?

Saiba diferenciar as categorias dos usuários do álcool clicando [aqui](#) (MOREIRA JR., 2005).



### Para profissionais enfermeiros

#### Principais diagnósticos de enfermagem

Quando são encontrados casos de álcool e outras drogas isolados ou em família, a atuação da equipe multidisciplinar passa a ser importante na intenção de envolver todos da família na recuperação do(s) integrante(s). Alguns diagnósticos relevantes são (NANDA INTERNATIONAL, 2013; DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009; CARPENITO-MOYET, 2005; JOHNSON, MAAS, MOORHEAD, 2004):

- **Controle familiar ineficaz do regime terapêutico**

É o padrão em que a família apresenta, ou corre o risco de apresentar, dificuldades para integrar à vida diária um programa e tratamento de doença e de suas sequelas.

#### Características definidoras:

- Atividade familiar inapropriada para o alcance das metas de um programa terapêutico.

- **Risco de tensão do cuidador**

É a situação onde o cuidador é vulnerável e encontra dificuldades para desempenhar o papel de cuidador da família.

#### Características definidoras:

- Gravidade do quadro do paciente, principalmente drogadição ou co-dependência;
- Problemas de saúde do cuidador;
- Isolamento da família ou do cuidador.

## COMO MANEJAR NA ATENÇÃO DOMICILIAR?

O suporte social mais importante que o paciente possui é a família. O papel do profissional de saúde é o de orientar os familiares sobre suas responsabilidades e funções, visando à melhora do paciente.

A EMAD, em cada visita domiciliar, pode usar o teste CAGE e tentar mediar os conflitos entre pacientes, transmitindo-lhes a informação de que o sucesso do tratamento depende da ação conjunta de todos.

### O que é CAGE?

C = *Cut Down* (sentiu que devia reduzir a ingestão de álcool)

A = *Annoyed* (críticas o incomodam)

G = *Guilty* (culpa)

E = *Eye-opener* (bebe pela manhã para evitar ressaca)



#### Saiba mais

Clique [aqui](#) para ler artigo que trata da redução de danos e a saúde pública (PASSOS; SOUZA, 2011).

### Síndromes de abstinência

#### Continuação do caso clínico

Em casa há 15 dias, José está conseguindo, dia a dia, não beber. Por outro lado, Sabrina tem recaídas frequentes.

O tratamento da abstinência do uso de álcool e drogas busca o alívio de sintomas de ansiedade, impulsividade, irritabilidade, insônia e depressão (RIBEIRO; LARANJEIRA; MESSAS, 2006). Veja mais detalhes a seguir.

#### Síndrome da Abstinência Alcoólica (SAA)

Quando o indivíduo apresenta a SAA, é aconselhável aplicar a *Clinical Withdrawal Assessment Revised* (CIWA-Ar). Trata-se de uma escala com dez itens, cujo escore final classifica a gravidade da SAA e fornece subsídios para o planejamento da intervenção imediata. A aplicação da escala requer de 2 a 5 minutos.



#### Saiba mais

Quer conhecer a *Clinical Withdrawal Assessment Revised* (CIWA-Ar)?  
Clique [aqui](#) (LARANJEIRA et al., 2000).

Para o tratamento da SAA, são considerados três níveis de atendimento: tratamento ambulatorial, internação domiciliar e internação hospitalar (LARANJEIRA et al., 2000).

O tratamento da SAA pode ser dividido em não farmacológico (que inclui os cuidados gerais e orientações) e farmacológico (RIBEIRO; LARANJEIRA; MESSAS, 2006). Essas medidas devem ser iniciadas, mesmo em ambientes de atendimento de urgências (UPAs), policlínicas, pois, assim, em 2-3 dias, com o paciente mais estável, a EMAD pode assumir, no domicílio, a continuidade do tratamento.

### Tratamento não farmacológico

- Em relação às medidas do tratamento não farmacológico, na assistência domiciliar, destacamos o monitoramento frequente do paciente; tentativas de propiciar um ambiente tranquilo, não estimulante, com luminosidade reduzida; fornecimento de orientação ao paciente (com relação a tempo, local, pessoal e procedimentos); limitação de contatos pessoais; atenção à nutrição e à reposição de fluidos e reassseguramento dos cuidados e encorajamento positivo.
- O paciente deve permanecer restrito em sua moradia, recebendo assistência dos familiares. Idealmente, o paciente deverá receber visitas frequentes de profissionais de saúde da EMAD.
- Deve ser propiciado ao paciente e à família o acesso facilitado aos serviços de emergência, de internação em casos de evolução desfavorável do quadro.

### Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico clínico é baseado na reposição de vitaminas, e o tratamento psiquiátrico envolve o uso de substâncias psicoativas (RIBEIRO; LARANJEIRA; MESSAS, 2006).

**Tiamina:** doses de 300mg/dia de tiamina são recomendadas com o objetivo de se evitar a *Síndrome de Wernicke*, que cursa com ataxia, confusão mental e anormalidades de movimentação ocular extrínseca.



#### Atenção

Nos primeiros dias de tratamento da SAA, a tiamina deve ser reposta por via endovenosa, pois a absorção oral de medicamentos pode estar prejudicada (LARANJEIRA et al., 2000). Entre o 7º e o 15º dia, pode ser usada a via intramuscular. Após 15 dias de tratamento, os medicamentos devem ser administrados via oral.

**Benzodiazepínicos (BZD):** são as medicações de primeira escolha para o controle dos sintomas da SAA. Deve-se buscar a dose adequada para a intensidade de sintomas de cada paciente. Devem ser prescritas baseando-se no paciente. Os familiares devem ser informados a respeito dos sintomas a serem monitorados e orientados sobre a conveniência de utilizar a maior dosagem

da medicação à noite. Ressalta-se que a dose adequada é aquela que diminui os sintomas da abstinência; portanto, em algumas situações, podem ser indicadas doses muito maiores que a recomendada.

- **Diazepam:** 40mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual, ao longo de uma semana; ou
- **Clordiazepóxido:** 200mg (VO) por dia, com retirada gradual, ao longo de uma semana; ou
- **Lorazepam:** 8mg (VO) por dia, nos casos de hepatopatias graves (6).

### Síndrome de Abstinência de Cocaína e Crack

A abordagem ao paciente em abstinência de cocaína e crack deve ser realizado em ambiente tranquilo. Os sintomas são autolimitados e duram poucos dias. Para diminuir o desejo intenso pela droga (*craving*), deve-se administrar:

Bromocriptina 1,5mg 8/8h + Amantadina 100mg 12/12h + Carbamazepina 200 a 600mg 8/8h via oral.



#### Atenção

Os antipsicóticos são proscritos, ou seja, contraindicados, pois podem aumentar o *craving* e a disforia (mudança repentina e transitória do estado de ânimo, podendo se apresentar como tristeza, pena, angústia).

Não esqueça que:

- a promoção da abstinência e a prevenção de recaídas devem ser iniciadas no primeiro contato com o paciente;
- a relação médico-paciente é fundamental para o sucesso terapêutico, pois as recaídas podem ocorrer;
- todo plano de cuidados pode ser ambulatorial;
- a equipe deve ter em mente que os medicamentos são sempre complementares ao tratamento não farmacológico;
- orientações sobre o diagnóstico e o tratamento, além da terapia propriamente dita, aumentam a aderência ao tratamento e possibilitam um fortalecimento da rede de apoio.

O tratamento da intoxicação por cocaína ou crack e o da síndrome da abstinência devem ser iniciado em ambiente hospitalar. Iniciam-se as medidas de suporte básico de vida, devendo os pacientes serem colocados em ambiente tranquilo (RIBEIRO; LARANJEIRA; MESSAS, 2006). Após a estabilização clínica, iniciar o acompanhamento domiciliar no qual a equipe estará atenta às necessidades do paciente de forma individualizada (controle de sintomas físicos, questões

emocionais, sociais, entre outras) e singular porque enfatiza a ajuda à família e aos amigos para aprenderem a não culpar o paciente pelo uso abusivo de substâncias químicas. As orientações ajudam o paciente a manter um plano de cuidados que atinge o sucesso em longo prazo.

### Tratamento da intoxicação

Medidas a serem tomadas:

- aferições frequentes da pressão arterial, pulso e monitorização cardíaca;
- diazepam: 10mg via oral para controle das reações de ansiedade ou agitação extrema. Se houver convulsão, usar 5mg endovenosa lenta na crise;
- hidantal: se houver persistência das crises convulsivas, manter um comprimido (100mg) 8/8h;
- haloperidol: 1 a 5mg por 1 a 5 dias para os surtos psicóticos. Deve ser usado com cautela, pois pode piorar os efeitos simpatomiméticos da cocaína;
- $\alpha$  - agonista (Clonidina): usado para a hiperatividade adrenérgica persistente.



#### Para profissionais enfermeiros

##### Principais intervenções de enfermagem

A equipe multidisciplinar, e isso inclui o enfermeiro, não pode deixar de observar o papel que o cuidador irá desempenhar, e se ele está apto para isso. Algumas recomendações para intervenções em famílias envolvidas com álcool e outras drogas envolvem (NANDA INTERNATIONAL, 2013; DOENGES, MOORHOUSE, MURR, 2009; CARPENITO-MOYET, 2005; JOHNSON, MAAS, MOORHEAD, 2004):

- Verificar na família a existência de alto risco para o desempenho do papel do cuidador, evitando a inversão de papéis ou o acúmulo de cuidados para um único integrante;
- Conversar sobre as percepções e as preocupações quanto à situação por parte do cuidador e do paciente;
- Identificar a necessidade de recursos auxiliares ou equipamentos que possam tornar o cuidado mais prático e seguro;
- Orientar e monitorar o cuidador até que o mesmo sinta-se confiante;
- Priorizar a segurança do cuidador e do paciente;
- Promover a confiança entre todos integrantes da família;
- Reduzir a ansiedade familiar, promover diálogos e fornecer informações corretas e relevantes.

## ORIENTAÇÕES AO CUIDADOR

Os principais cuidados são:

- a orientação da família deve enfatizar, sobretudo, questões relacionadas à orientação têmporo-espacial e pessoal, níveis de consciência e sintomática, como tremores e sudorese;
- propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual;
- a dieta deve ser leve, desde que tolerada, com atenção especial à hidratação;
- orientar para que as visitas sejam restritas;
- identificar sentimentos e eventos que desencadeiam o uso da droga;
- apoiar o cuidador e/ou família na sua habilidade de enfrentamento nas crises e suas alternativas para lidar com o problema;
- a equipe deve discutir com o cuidador e/ou família sobre a segurança do domicílio;
- o cuidador e/ou família junto com a equipe devem avaliar a possibilidade de grupo de apoio e de outros recursos disponíveis na comunidade;
- orientar o cuidador e/ou família sobre os ciclos da doença e riscos de suicídio (BELLEHUMEUR et al., 2007).

## QUANDO REFERENCIAR?

A equipe pode identificar quando referenciar o paciente para atendimento em unidade de saúde de maior complexidade utilizando o escore da **CIWA-Ar**.

O nível de gravidade da Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) determinado pela CIWA-Ar pode indicar a escolha do local mais adequado para o cuidado (MARQUES; RIBEIRO, 2003b). Exemplo: há indicação de internação hospitalar, se o escore da CIWA-Ar for igual ou maior que 20.

Para orientar os familiares e/ou cuidadores sobre a transferência do paciente para unidades de saúde de pronto atendimento ou para hospitais para internação, a EMAD deve ter atenção especial ao surgimento de complicações, como (RIBEIRO; LARANJEIRA; MESSAS, 2006; MARTINS; DAMASCENO; AWADA, 2007):

### Possíveis complicações Síndrome da Abstinência Alcoólica (SAA)

- **Convulsões:** a maioria das crises é do tipo tônico-clônica generalizada. As crises convulsivas correspondem a uma manifestação relativamente precoce da SAA. Mais de 90% ocorrem até 48 horas após a interrupção do uso de álcool e estão associadas com evolução para formas graves de abstinência. Cerca de 1/3 dos pacientes que apresentam crises evoluem para delirium tremens, se não forem tratados. Nos pacientes que apresentam mais de uma crise, elas ocorrem geralmente em número limitado. Quando houver história prévia de epilepsia, devem ser mantidos os medicamentos já utilizados pelo paciente. O Diazepam (ou um benzodiazepínico de ação longa) é a medicação de escolha, na dose de 10 ou 20 mg, via oral. O uso endovenoso é especialmente indicado durante os episódios convulsivos.

- **Delirium Tremens:** forma grave de abstinência, geralmente iniciando-se entre um a quatro dias após a interrupção do uso de álcool, com duração de até três ou quatro dias. É caracterizado por rebaixamento do nível de consciência, com desorientação, alterações sensoperceptivas, tremores e sintomas autonômicos (taquicardia, elevação da pressão arterial e da temperatura corporal). Doses elevadas de benzodiazepínico (BDZ) são necessárias, e o uso associado de neurolépticos é geralmente indicado. O tratamento farmacológico inclui: Diazepam 60mg por dia (ou Lorazepam até 12mg por dia, em casos de hepatopatia grave) e Haloperidol 5mg por dia. Caso ocorra distonia induzida por neurolépticos (particularmente se forem administrados por via parenteral), esse efeito colateral pode ser controlado com o uso de anticolinérgicos (Biperideno 2mg);
- **Alucinose alcoólica:** quadro alucinatório predominantemente auditivo, com sons do tipo cliques, rugidos, barulho de sinos, cânticos e vozes. As alucinações podem ser, também, de natureza visual e tátil. Os pacientes podem apresentar medo, ansiedade e agitação em decorrência dessas experiências. A alucinose alcoólica ocorre na ausência de rebaixamento do nível de consciência e evolui sem alterações autonômicas óbvias. É tratada com neurolépticos, haloperidol 5mg ao dia, por seu menor potencial de induzir convulsões. Neurolépticos podem induzir distonias agudas e outros distúrbios de movimento, que podem ser tratados com anticolinérgicos.

### Possíveis complicações Síndrome de Abstinência de Cocaína

- **Intoxicação das drogas:** o efeito estimulante da cocaína pode elevar a pressão arterial em 15 a 20% e o pulso em 30 a 50%. Apresenta efeito vasoconstritor, responsável pelas ulcerações em mucosa, e septo nasal, pelos infartos cerebrais isquêmicos, infarto de miocárdio e tromboembolias.
- **Crises convulsivas:** são frequentes entre os usuários de cocaína e derivados, principalmente quando utilizados em doses acima das usuais, podendo causar depressão respiratória e morte.
- **Síndrome de abstinência:** ocorre um quadro de adenodia, letargia, hipersonolência, depressão, além da fissura (desejo incontrolado pela droga). Esses sintomas podem durar de 18 horas até uma semana, dependendo da quantidade de uso. Quando em abstinência, buscam com avidez a droga. Na impossibilidade do uso, terminam por utilizar sedativos, álcool, hipnóticos e ansiolíticos. Nessa situação, o índice de tentativa de suicídio é alto.

## PLANO DE ALTA DA ATENÇÃO DOMICILIAR

A alta da assistência domiciliar deve ser discutida pela equipe, sempre avaliando se o paciente está com o controle do transtorno do uso abusivo da substância química no domicílio, demonstrando comportamento adequado (BELLEHUMEUR et al., 2007).

É importante que a equipe avalie os progressos e as metas atingidas pelo paciente e suas necessidades. A intensidade e a duração do tratamento se relacionam diretamente à capacidade do paciente de assumir suas responsabilidades e autonomia (BELLEHUMEUR et al., 2007; RIBEIRO; LARANJEIRA; MESSAS, 2006).

A manutenção do cuidado deve ser de responsabilidade das equipes de Saúde da Família e do

CAPS-AD, que devem receber o resumo de alta. Essas equipes, por sua vez, devem transmitir à família a importância da manutenção do cuidado.

## REFERÊNCIAS

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)**. Porto Alegre: ARTMED, 1994.

BELLEHUMEUR, C. et al. **Home care**: cuidados domiciliares: protocolos para a prática clínica. Tradução Ivan Lourenço Gomes. Revisão técnica Christina aparecida Ribeiro e Marivan Santiago Abrahão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil**. Brasília: SENAD, 2008. Disponível em:

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327912.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica Nº 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2014.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País: 2001. São Paulo: CEBRID, 2002. Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=640>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Diagnósticos de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. **Diagnósticos de Enfermagem**: intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue (Org.). **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 639p.

LARANJEIRA, R. et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. de T.; AWADA, S. B. **Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Barueri, SP: Manole, 2007.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. Usuário: abordagem geral. In: CREMESP. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Associação Médica Brasileira, 2003a. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/substancias\\_psicoativas\\_2.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/substancias_psicoativas_2.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2014.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. Álcool: abuso e dependência. In: CREMESP. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Associação Médica Brasileira, 2003b. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/substancias\\_psicoativas\\_2.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/substancias_psicoativas_2.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2014.

MOREIRA JR., S. **Regulação da publicidade das bebidas alcoólicas**. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal, 2005. (Textos para discussão, 20). Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-20-regulacao-da-publicidade-das-bebidas-alcoolicas>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação**, 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: ARTMED, 1993. p. 69-82.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, jan./abr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lang=pt)>. Acesso em: 7 abr. 2014.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; MESSAS, G. P. Transtornos relacionados ao consumo

de álcool e outras drogas. In: LOPES, A. C. (Ed.). **Tratado de Clínica Médica**. São Paulo: Roca, 2006. v. 2, seção 12, cap. 213, p. 2491-2501.

SILVA, C. J. da; LARANJEIRA, R. **Diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool**. São Paulo: UNIAD, 2006. Disponível em: <[http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/arquivos/06-Dependencia\\_do\\_alcool.pdf](http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/arquivos/06-Dependencia_do_alcool.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol**. Geneva: WHO, 1999. Disponível em: <[http://www.who.int/entity/substance\\_abuse/publications/en/GlobalAlcohol\\_overview.pdf](http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/en/GlobalAlcohol_overview.pdf)>. Acesso em: 7 abr. 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Global status report on alcohol 2004**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf)>. Acesso em: 7 abr. 2014.