

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CIRILO CEZAR NAOZUKA SIMÕES

**PROTOCOLO DE DESINTOXICAÇÃO AMBULATORIAL PARA
ALCOOLISTAS: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA ENFERMEIROS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CIRILO CEZAR NAOZUKA SIMÕES

**PROTOCOLO DE DESINTOXICAÇÃO AMBULATORIAL PARA
ALCOOLISTAS: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA ENFERMEIROS**

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

Profa. Orientadora: Daniele Delacanal Lazzari

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROTOCOLO DE DESINTOXICAÇÃO AMBULATORIAL PARA ALCOOLISTAS: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA ENFERMEIROS** de autoria do aluno **Cirilo Cezar Naozuka Simões** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Eixo Temático Enfermagem na Atenção Psicossocial

Daniele Delacanal Lazzari
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os clientes que poderão ser beneficiados, ao resgate de sua saúde, motivação e a transformação para um novo hábito de vida.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, pelo dom da vida, inteligência e criatividade.
- A minha família, que me dá total apoio.
- A Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com a Prefeitura do Município de São Paulo, pela iniciativa plausível desta pós-graduação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
3 MÉTODO	10
4 RESULTADO E ANÁLISE	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
6 ANEXO	15
7 REFERÊNCIAS	17

RESUMO

No momento em que um cliente se motiva a abster-se do álcool uma série de sinais e sintomas denominados de síndrome de abstinência, decorrente da neuroadaptação cerebral, pode causar muito desconforto, inclusive complicações, tais como: crise convulsiva, alucinação alcoólica e *delirium tremens*, podendo, inclusive, evoluir para o óbito. Cabe ao enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional e embasado em protocolos clínicos bem definidos, iniciar a fase de desintoxicação ambulatorial, oferecendo ao cliente segurança, conforto e motivação necessária para transpor essa fase. Dentro da temática deste estudo, foi possível entender as etapas desse procedimento, para ser estabelecido como instrumento de trabalho que poderá ser desenvolvido e instituído nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool de Drogas.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a WHO – Organização Mundial da Saúde (2014), a segurança do paciente é um princípio fundamental dos cuidados de saúde. Cada ponto no processo de prestação de cuidados contém um certo grau de insegurança inerente. Os eventos adversos podem resultar dos problemas na prática, produtos, procedimentos ou sistemas. Melhorias na segurança do paciente exige um esforço de atuação neste sistema complexo, envolvendo uma ampla gama de ações na melhoria de desempenho, segurança ambiental e gestão de risco, incluindo o controle de infecção, uso seguro de medicamentos, equipamentos de segurança, a prática clínica segura e ambiente seguro de cuidados.

É importante ressaltar que a partir das premissas de saúde mundial, são muitas as tecnologias que tem sido desenvolvidas, na arte do cuidado para permitir uma assistência segura e livre de danos ao cliente atendido, Horta (1979) descreve que a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. A desintoxicação ambulatorial é um procedimento rápido e precoce que permite segundo Focchi et all (2001), prevenir com segurança os sintomas da síndrome de abstinência, atender as necessidades humanas básicas; apoiar o processo de mudança de comportamento, segundo o modelo de DiClemente e Prochaska; e preparar o paciente para tratamento posterior a desintoxicação. O modelo segundo Diclemente e Prochaska (1984), permite identificar os desafios para o tratamento do uso de substâncias devido à complexidade de mudar, por exemplo, a motivação e a ambivalência, esse modelo inclui estágios de mudança, descritos resumidamente abaixo:

- Pré-contemplação: é uma fase em que o indivíduo não consegue enxergar o problema ou não foca sua responsabilidade frente a ocorrência de problemas, normalmente iniciam tratamento por pressão de outras pessoas ou órgão públicos ou judiciais.
- Contemplação: o indivíduo reconhece ter um problema e pensam em resolvê-lo, porém com um plano de ação indefinido para o futuro.
- Preparação: é uma fase de planejamento para as medidas de mudança comportamental, nesta fase alguns indivíduos, ainda estão ambivalentes, necessitando de sessões de entrevista e grupos para ampliar a motivação.

- Ação: nesta fase o indivíduo modifica seu comportamento e ambientes de acordo com sua preparação, exigindo do mesmo mais tempo e energia.
- Manutenção: fase que nunca termina com a ação. Sem um forte compromisso com a manutenção, certamente haverá uma recaída, geralmente o indivíduo retorna ao estágio de pré-contemplação ou de contemplação.

Segundo Focchi et al (2001), durante muito tempo, a síndrome de abstinência alcoólica foi tratada em nível hospitalar e em clínicas especializadas; ainda hoje, em muitos locais, essa prática permanece e a figura da enfermeira aparece, porém não exercendo atividade de forma autônoma e individualizada na monitorização e assistência da síndrome de abstinência ou problemas de saúde relacionados. Hoje, vivenciamos uma experiência onde o atendimento a uma clientela específica é realizada em nível ambulatorial. Acreditamos que a prática no atendimento à dependência vem sendo modificada, e a enfermeira tem se inserido cada vez mais nesse contexto multiprofissional, delimitando o seu papel na área. Os autores acrescentam que a enfermeira pode desenvolver um plano de assistência e realizar a desintoxicação, de acordo com a necessidade de intervenção, tal como “screening”, educação, aconselhamento e atendimentos individualizados para pacientes que apresentam uso abusivo ou dependência.

No tocante a figura do enfermeiro, a evidência deste profissional é fundamental durante todo o procedimento, tendo em vista o que Focchi et al (2001) acrescenta, que é importante não esquecer alguns princípios determinantes no processo: a) a desintoxicação isoladamente não é um tratamento adequado para a dependência do álcool; b) quando necessário, usar medicamentos da desintoxicação (após avaliação médica); é importante estabelecer protocolos seguros e eficazes na prática clínica; c) a avaliação do cliente medicado deverá ser controlada com maior frequência durante a desintoxicação (o que geralmente acontece com os dependentes é que nem sempre eles fazem o uso correto da medicação, quando prescritas); d) realizar um atendimento individualizado e personalizado; e) as drogas de escolha são medicações de curta ação; f) a intensidade da abstinência da droga nem sempre pode ser prognosticada com precisão; g) todos os recursos possíveis devem ser usados para tratar os sinais e sintomas da síndrome de abstinência. A desintoxicação não deve basear-se somente na medicação, o suporte psicossocial é extremamente importante para diminuir a angústia e a ansiedade do indivíduo durante o processo. Também acrescenta que o objetivo da enfermeira nesta fase é o de ajudar o indivíduo a descobrir sua própria

capacidade para seguir o processo de recuperação com um mínimo de medicação, prevenindo, assim, as grandes complicações (*delirium tremens*, convulsões) relacionadas à abstinência.

Como citado anteriormente, uma das premissas básicas do tratamento é o uso de medicamentos, entre eles ansiolíticos de ação rápida, que pode auxiliar na estratégia de retirada do álcool, porém sem acompanhamento adequado pode trazer complicações graves como dependência a esta medicação relacionado ao uso prolongado e risco a vida pelo sinergismo da mistura desta medicação com o uso do álcool. Com o apoio do enfermeiro no âmbito ambulatorial, e integrante de uma equipe multiprofissional, a segurança ao cliente atendido pode ser garantida, através de um acompanhamento adequado baseado no protocolo proposto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Walsh (2008), a base da neurofisiologia da crônica ingestão de álcool no cérebro, deve-se ao fato em que o cérebro mantém o equilíbrio neuroquímico através de neurotransmissores inibitórios e excitatórios. O principal neurotransmissor inibitório é ácido gama-aminobutírico (GABA), que atua através de GABA-alfa (GABA-A), neurorreceptor. Um dos principais neurotransmissores excitatórios é o glutamato, o qual atua através N-metil-D-aspartato (NMDA), neurorreceptor, os quais são inibidos pelo consumo de álcool. O consumo de álcool abre os receptores GABA-A. A perda súbita de atividade inibidora de GABA-A com a interrupção abrupta de beber torna o sistema nervoso central desinibido e hiperreativo.

O álcool é um depressor do sistema nervoso central, melhorando os efeitos do GABA, o que leva a uma diminuição da excitabilidade cerebral global. A exposição crônica ao álcool resulta na diminuição compensatória de GABA-A, resposta para neurorreceptor GABA, evidenciada pelo aumento da tolerância aos efeitos do álcool. Interrupção abrupta da exposição resulta de álcool em hiperexcitabilidade cerebral, porque os receptores previamente inibida pelo álcool já não são inibidos. Hiperexcitabilidade cerebral manifesta clinicamente como agitação, ansiedade, irritabilidade, e tremores. Manifestações graves incluem convulsões e delirium tremens.

Segundo a NSW (2008), os sinais e sintomas da abstinência de álcool podem ser agrupados em três classes principais:

- Hiperatividade do sistema autônomo: sudorese, taquicardia, hipertensão, insônia, alucinações, tremores e febre;
- Gastrointestinal: anorexia, náuseas, vômitos e dispepsia;
- Cognitiva e mudanças perceptivas: ansiedade, sonhos vívidos, ilusões e delírio.

Bases fisiológicas da síndrome de abstinência do álcool (SAA)

Uma das principais estratégias para o tratamento da síndrome de abstinência é o seu conhecimento. Segundo Laranjeira et al (2000), a teoria das bases biológicas é o que se conhece dos sintomas da SAA tem sido explicado pelo fenômeno de neuroadaptação que ocorre no SNC, quando há exposição crônica ao etanol. Tais mecanismos e a associação com as manifestações

neurofisiológicas tem a explicação da **SAA e monoaminas**, onde os sintomas e sinais da SAA estão relacionados à alteração nos níveis de liberação de noradrenalina e dopamina.

Laranjeira et all (2000), ainda acrescenta que a hiperestimulação adrenérgica, que pode ser intensa na SAA, deve-se a uma redução da atividade de adrenoceptores inibitórios pré-sinápticos do subtipo α_2 , um fenômeno conhecido como down-regulation. A hiperatividade de receptores NMDA (N-Metil-D-Aspartato) também está relacionada ao aumento da liberação noradrenérgica no *locus ceruleus* de ratos, observada após a retirada do álcool. Alguns trabalhos demonstram que a liberação de dopamina, durante a SAA, apresenta queda a níveis inferiores aos observados no período anterior à exposição crônica ao álcool, por cessação do disparo dopaminérgico na área tegumental ventral. Esses efeitos são responsáveis por um grande número de reações fisiológicas, tais como: taquicardia por ativação de receptores beta-adrenérgicos; hipertensão por ativação de vias alfa-adrenérgicas; aumento da força de contração do músculo cardíaco por ação adrenérgica inotrópica positiva; náuseas e vômitos devido à redução do esvaziamento gástrico; piloereção; midríase; tremores pela facilitação da neurotransmissão muscular; aumento do consumo de oxigênio; aumento da temperatura corporal em até 2 °C.

Em outra base Laranjeira et all (2000), explica que a **SAA e aminoácidos neurotransmissores**, onde o etanol atua como um antagonista dos receptores NMDA (N-Metil-D-Aspartato), um receptor do tipo excitatório do SNC. O consumo crônico de bebidas alcoólicas provoca um aumento da densidade desses receptores. Estudos em animais têm demonstrado que esse aumento persiste por cerca de 36 horas após a retirada do etanol, período que coincide com o aparecimento das crises convulsivas, fenômeno neurotóxico relacionado à hiperatividade glutamatérgica. Na SAA há uma hipoatividade GABAérgica. Os receptores GABAA têm uma atividade inibitória e, a medida que deixam de exercer sua atividade durante a SAA, há uma estimulação do SNC. Essa hipoatividade é funcional, uma vez que, diferentemente do que ocorre com os receptores NMDA, não há evidências de alteração no número de receptores GABAA durante a exposição crônica ao álcool. Há uma redução da densidade de mRNA relacionada ao local de ação dos benzodiazepínicos e do etanol.

Para finalizar Laranjeira et all (2000), cita a base da **SAA e canais de cálcio**, que com a exposição crônica ao etanol, há uma alteração nos canais de cálcio do tipo L, um dos vários canais de cálcio mais conhecidos. A ação do cálcio nos terminais nervosos é fundamental para a liberação

dos neurotransmissores na fenda sináptica. Diversos estudos têm demonstrado que a administração crônica de etanol leva a uma redução na atividade dos canais de cálcio do tipo L, reduzindo a atividade elétrica dentro do neurônio e, assim, reduzindo a ação de neurotransmissores. As alterações na neurotransmissão e os sintomas correspondentes a cada neurotransmissor envolvido na SAA

Tratamento ambulatorial

Segundo Laranjeira et al (2000), o tratamento da SAA (quadro agudo) é um momento privilegiado para motivar o paciente para o tratamento da dependência (quadro crônico). Deve-se esclarecer a família e, sempre que possível, o próprio paciente sobre os sintomas apresentados, sobre os procedimentos a serem adotados e sobre as possíveis evoluções do quadro. Deve ser propiciado ao paciente e à família o acesso facilitado a níveis mais intensivos de cuidados (serviço de emergência, internação) em casos de evolução desfavorável do quadro. É importante ainda reforçar a necessidade de comparecimento nas consultas remarcadas, que serão tão frequentes quanto possível, nos primeiros 15 dias do tratamento.

Laranjeira et al (2000), explica sobre a abordagem não farmacológica: □ orientação da família e do paciente quanto à natureza do problema, tratamento e possível evolução do quadro; propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual; a dieta é livre, com atenção especial à hidratação; a paciente e a família devem ser orientados sobre a proibição do ato de dirigir veículos; as consultas devem ser marcadas o mais brevemente possível para reavaliação.

Laranjeira et al (2000), também explica sobre a abordagem farmacológica: □ reposição vitamínica: tiamina intramuscular, nos primeiros 7-15 dias; após esse período a via é oral. Doses de 300mg/dia de tiamina são recomendadas com o objetivo de evitar a Síndrome de Wernicke, que cursa com ataxia, confusão mental e anormalidades de movimentação ocular extrínseca (essa última, nem sempre presente); Benzodizepínicos (BDZs): a prescrição deve ser baseada em sintomas. Dessa forma, as doses recomendadas são as que, em média, o paciente pode receber num determinado dia. O paciente e 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. Se houver qualquer sintoma de dosagem excessiva de BZD, como sedação, deve-se proceder a interrupção da medicação. Diazepam: 20mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo

de uma semana OU Clordiazepóxido: até 100mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana. Nos casos de hepatopatias graves: Lorazepam: 4mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana. Ocorrendo falha (recaída ou evolução desfavorável) dessas abordagens, a indicação de ambulatório deve ser revista, com encaminhamento para modalidades de tratamento mais intensivas e estruturadas.

Para Walsh (2008), o tratamento padrão é substituir a atividade GABA e, lentamente, retirar-se, dando o tempo CNS para se adaptar, através do tratamento GABAérgico, utilizando as benzodiazepinas: lorazepam, diazepam, Chlordiazepoxide. Os barbitúricos, fenobarbital e as benzodiazepinas têm a mesma acção fisiológica como álcool (tolerância cruzada) e pode ser utilizado para substituir a quantidade de álcool que o paciente tem rotineiramente ingeridos. Tratamento da benzodiazepina do álcool retirada é um desmame controlada de um agente viciante equivalente. Ingestão crônica de álcool interfere com a absorção de tiamina a partir do trato gastrointestinal e armazenamento hepático. Este, combinado com a má nutrição, leva 30% - 80% dos pacientes dependentes de álcool a ser deficiente de tiamina. Tiamina desempenha um papel importante no metabolismo da glicose.

Walsh (2008), acrescenta que assim, os principais órgãos afectados pela tiamina deficiência são os que dependem de energia a partir do metabolismo de carboidratos - os nervos periféricos, coração e cérebro (MCKINLEY, 2005). A tiamina deve ser administrada antes soluções de glucose, pois é um co-factor necessário para a glucose metabolismo. Carregando carboidratos em pacientes com deficiência de tiamina pode precipitar tiamina aguda deficiência de desencadear a encefalopatia de Wernicke (HOLBROOK et al, 1999.) alterações clínicas observadas com Wernicke incluem nistagmo horizontal e vertical, oftalmoplegias parciais, marcha ataxia, e global confusão. O prognóstico depende do diagnóstico precoce e intervenção imediata (ZUBARAN et al, 1997). O tratamento consiste na administração imediata de tiamina, e reidratação de apoio, a correção do desequilíbrio eletrolítico e terapia nutricional geral. Se não for tratada, esta doença pode evoluir para a psicose de Korsakoff, o que resulta em déficits de memória. A confabulação é geralmente um sinal precoce de Korsakoff de, como pacientes inconscientemente criar imaginário ou contas confusas de eventos que não me lembro (ZUBARAN et al, 1997).

De acordo com Walsh (2008), o Delírio de abstinência alcoólica (AWD), também conhecido como Delirium Tremens ou "DT" ocorre em 5-10% dos pacientes de abstinência de álcool e apresenta atraso, depois de 2-3 dias. Se não for tratada DT tem uma taxa de mortalidade mais 15%, enquanto que com o tratamento adequado da taxa de mortalidade cai para menos de 1%. As características de diagnóstico de AWD incluem perturbação da consciência, a mudança na cognição ou perceptual perturbação desenvolvendo em um curto período. Outros sinais clínicos incluem hipertermia, taquicardia, hipertensão e sudorese.

Manejo das complicações

Convulsões: para Laranjeira et al (2000), 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 (pico entre 13 e 24 horas) 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. Em 40% dos casos, as crises ocorrem isoladamente. 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. Não há consenso para a indicação de carbamazepina no tratamento de crises convulsivas da SAA. A literatura não respalda a utilização de defenil-hidantoína (fenitoína) no tratamento dessa complicação da SAA.

Delirium Tremens: Laranjeira et al (2000) define como a forma grave da abstinência, geralmente iniciando-se entre 1 a 4 dias após a interrupção do uso de álcool, com duração de até 3 ou 4 dias. É caracterizado por rebaixamento do nível de consciência, com desorientação, alterações sensoriais, tremores e sintomas autonômicos (taquicardia, elevação da pressão arterial e da temperatura corporal). Doses elevadas de benzodiazepinas são necessárias, mas 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. No caso de ocorrer distonia induzida por neurolépticos (particularmente se forem administrados por

via parenteral), esse efeito colateral pode ser controlado com o uso de anticolinérgicos (biperideno 2mg).

Segundo a NSW (2008), Delirium tremens ("DTS") é a forma mais grave da síndrome de abstinência alcoólica, é uma emergência médica. Ele geralmente se desenvolve de 2 a 5 dias após a interrupção ou significativa redução do consumo de álcool. O curso normal é de 3 dias, mas pode durar até 14 dias. Suas características clínicas são: confusão e desorientação; agitação extrema ou inquietação, normalmente o paciente requer restrição; tremor bruto; instabilidade autonômica (por exemplo, flutuações no sangue pressão ou pulso), perturbação do equilíbrio de fluidos e eletrólitos, hipertermia; ideação paranóide, de intensidade tipicamente delirante; distração e resposta acentuada aos estímulos externos; alucinações não afetar nenhum dos sentidos, mas normalmente tem origem visual (muito colorido com a forma animal), zoopsias.

Alucínose alcoólica: Laranjeira et al (2000) define, o 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. Uma característica peculiar desse tipo de fenômeno é que ocorre na ausência de rebaixamento do nível de consciência e evolui sem alterações autonômicas óbvias. É tratado com neurolépticos, particularmente o 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.

Para a realização da desintoxicação é importante o uso de um instrumento que possibilite a aferição da síndrome de abstinência ao álcool, que segundo DALY (2008), a CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised) é uma escala de 10 itens validados e considerados o padrão ouro para enfermeiros e outros profissionais de saúde para observar e avaliar a gravidade da síndrome de abstinência do álcool e determinar a necessidade e a dose de medicação (SULLIVAN et al, 1989; PITTMAN et al, 2007).

Laranjeira et al (2000), ainda acrescenta que o monitoramento do paciente deve ser frequente, com aplicação da escala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised – CIWA-Ar, que orienta a avaliação do paciente em relação à gravidade da SAA e a necessidade de administração de medicamentos, o modelo foi aprimorado e segue no anexo 1.

3 MÉTODO

O produto apresentado baseia-se na revisão bibliográfica de uma tecnologia de cuidado, já utilizada e publicada em livro no Brasil por Focchi et al (2001). A proposta é a elaboração de um protocolo assistencial, baseado na vivência prática do autor na aplicação da literatura publicada, permitindo a adaptação e seu uso em qualquer Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas ou serviço, que atenda ao público na fase de abstinência do álcool. Por não se tratar de um projeto de pesquisa não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não sendo necessário a utilização de dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida), voltado para a segurança e qualidade no cuidado do cliente atendido nos Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas, durante todo o período da síndrome de abstinência do álcool.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A utilização da escala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised – CIWA-Ar, foi validada em reunião de equipe multiprofissional na unidade de trabalho do autor, aproximadamente em 2005, onde a mesma começou a ser aplicada nos clientes usuários de álcool. De acordo com o score apresentado os enfermeiros discutem o caso com o psiquiatra da unidade para a introdução da tiamina, que ajuda na melhora dos sintomas de neuropatia periférica e do diazepam 10mg, um ansiolítico importante que auxilia na remissão dos sintomas da síndrome de abstinência do álcool, que nos casos mais graves é orientada a administração de até 40mg/dia, com os retornos diários a escala é aplicada e de acordo com a redução do score a dosagem do fármaco é diminuída, até sua suspensão, é importante ressaltar que eticamente para a introdução do fármaco a figura do médico é imprescindível, já a redução, pode ser acompanhada apenas pelo enfermeiro, com o treinamento adequado, sendo possível desde que respeitado os critérios de retornos diários para avaliar as melhorias e possíveis situações de emergência como o *delirium tremens* ou a alucinação alcoólica, para a avaliação psiquiátrica e introdução do haloperidol

Para a aplicação do protocolo é importante estabelecer os fluxos de encaminhamento.

- Fase inicial: qualquer um dos membros da equipe, que referenciam ou gerenciam tecnicamente suas referências assistenciais, a partir do momento em que o cliente se encontra abstinente do uso do álcool ou motivado a iniciar, realiza avaliação do estágio motivacional e concomitantemente realiza a entrevista motivacional propondo a desintoxicação ambulatorial, sendo encaminhado para um dos enfermeiros da unidade.
- Fase de avaliação: o enfermeiro realiza avaliação de todo o histórico do cliente, a constar:
 - História do uso do álcool incluindo a frequência, quantidade e hora da última bebida;
 - Antecedentes de convulsões, alucinação alcoólica ou *delirium tremens*;
 - História passada do uso de medicamentos para desintoxicação;
 - Investigação de sintomas de neuropatia alcoólica: fraqueza, dor, parestesias nas mãos e especialmente nos pés, déficit motor dos membros inferiores, fadigabilidade durante a marcha, câimbras e dores noturnas, dor em

queimação, sensação de calor nas superfícies plantares dos pés e uma dor lacerante nas panturrilhas;

- Uso concomitante de benzodiazepínicos;
 - A pressão arterial e pulso;
 - Aplicação do questionário baseado no CIWA-ar, para avaliação do score da síndrome de abstinência;
 - Descartar o estágio de pré-contemplação, devido ao risco de sinergismo do uso do medicamento sedativo e a ingestão paralela com o uso do álcool, causando risco a vida;
 - Discussão clínica com a equipe médica da unidade.
- **Gestão farmacológica:** no geral os fármacos de escolha a serem utilizados são os benzodiazepínicos (diazepan e lorazepan), neuroléptico (haloperidol), vitaminas (complexo B e tiamina). Segundo Holvey & Torrens (2012), a medicação é administrada de acordo com CIWA-Ar pontuação do indivíduo, o papel do enfermeiro na terapia, enfermeiros desempenham um papel significativo em intervenções terapêuticas de apoio durante a desintoxicação de álcool controlada. Estes incluem o ambiente tranquilo, orientação para a realidade e outros cuidados de enfermagem física e emocional, conforme necessário.
 - **Plano de tratamento:** com apoio do questionário de avaliação da síndrome de abstinência do álcool, para o entendimento do score em paralelo com os sinais vitais Critérios Diagnósticos: 0 – 9 SAA leve; 10 – 18 SAA moderada; > 18 SAA grave. De acordo com o score, idade e condições clínicas, será avaliada a dosagem do ansiolítico, em entendimento com a equipe médica, com base no protocolo clínico.
 - **Acompanhamento:** para a segurança do cliente, é imprescindível que os retornos sejam realizados diariamente, para a aplicação da escala, com impresso sugerido no Anexo I, é importante que o enfermeiro em sua avaliação inicie a redução do uso do ansiolítico associada a redução do score e estabilização do quadro da síndrome de abstinência;
 - **Suporte médico:** é importante o monitoramento dos sinais vitais, que evidenciando qualquer alteração hemodinâmica, permita que o cliente tenha o suporte clínico, tendo avaliação

paralela do médico clínico da unidade, por outro lado, é imprescindível a avaliação das alterações que caracterizam o aparecimento de quadro alucinatorios, que deverão passar pela avaliação do psiquiatra da unidade.

- Alta do procedimento de desintoxicação: após a estabilização do quadro da síndrome de abstinência ocasionada pelo álcool, o cliente terá o uso do ansiolítico suspenso, por 2 dias, que culminará com a avaliação psiquiátrica, para avaliação das comorbidades psiquiátricas.
- Suporte multiprofissional: durante todo o processo da desintoxicação é um momento em que o cliente deve passar pelo olhar de toda equipe, em grupos e oficinas terapêuticas, assim como o suporte familiar é importante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho veio de encontro aos anseios do autor, para colaborar com sua unidade de trabalho, na introdução deste protocolo, cujas práticas citadas estavam baseadas somente na experiência prática e na literatura do livro de Folcchi et all. Também retrata a necessidade de oferecermos a garantia de um tratamento seguro e motivador, com a finalidade de alcançarmos a qualidade no atendimento através de um protocolo elaborado a partir de experiências práticas e evidências científicas. Por se tratar de um protocolo, o mesmo deverá ser revisto anualmente e discutido, principalmente com o corpo clínico para a padronização de novos fármacos que permitam uma desintoxicação rápida e segura.

É importante salientar que após a elaboração do protocolo com base na literatura, o mesmo deve ser aprovado dentro da unidade de trabalho, e por mais simples que seja, garante ao enfermeiro a segurança e ética, no desenvolvimento de suas atividades, delimitando suas ações como membro de uma equipe multiprofissional, permitindo o conforto para o cliente que em condições clínicas favoráveis, não necessitará ser encaminhado para outra referência para estabilização do seu quadro de abstinência, auxiliando no vínculo com a unidade e com toda a equipe.

No tocante a sistematização da assistência de enfermagem, faz-se necessário ressaltar como sugestão aos leitores, estudos para a elaboração de impressos, que permitam a completude das informações e a adaptação as 6 etapas do modelo do processo de enfermagem: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico.

Desde a admissão até o momento da alta da desintoxicação, o enfermeiro consegue vislumbrar o atendimento integral ao cliente, que não permanecerá em um ambiente privado como o de uma internação, mas está livre em seu ambiente social, o que reforça o relacionamento terapêutico, permitindo ao profissional aprimorar as técnicas de abordagem cognitivo-comportamental, no contexto biopsicossocioespiritual, obtendo informações valiosas de atuação dos fármacos, trabalhando o vínculo familiar, traçando junto ao cliente fatores que promovam a sua proteção e recuperação.

6 ANEXO

Clinical Withdrawal Assessment Revised – CIWA-Ar

Nome:

Data da primeira intervenção:

	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Pulso ou FC					
Pressão Arterial					
1. Você sente um mal-estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado? 0 Não 1 Náusea leve e sem vômito 4 Náusea recorrente com ânsia de vômito 7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito					
2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados: 0 Não 1 Não visível, mas sente 4 Moderado, com os braços estendidos 7 Severo, mesmo com os braços estendidos					
3. Sudorese: 0 Não 4 Facial 7 Profusa					
4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações? 1 ponto					
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? 1 ponto					
6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes? 0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Alucinações moderadas 5 Alucinações graves					

6 Extremamente graves 7 Contínua					
7. Você se sente nervoso (a)? (observação) 0 Não 1 Muito leve 4 Leve 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?					
8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento? 0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Moderado / grave 5 Grave 6 Muito grave 7 Extremamente grave					
9. Agitação: (observação) 0 Normal 1 Um pouco mais que a atividade normal 4 Moderadamente 7 Constante					
10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação) 0 Orientado 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias 4 Desorientado com o lugar e pessoa					
Score					

Total (score CIWA-ar): _____ Rater's initials _____ Maximum possible score 48

Fonte: Adaptado de Laranjeira (2003)

7 REFERÊNCIAS

DALY, M., REILLY, D., KERMODE, S. **Evaluation of a clinical practice improvement program for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals.** Australia: 2008.

FOCCHI, G.R.A.; LEITE, M.C.; LARANJEIRA, R.; ANDRADE, A.G. **Dependência Química: Novos Modelos de Tratamento.** Ed. Roca: São Paulo, 2001; p. 143-159

Harbour Substance Misuse Specialist: Community Detox Nurse. **Harbour Drug And Alcohol Services: Community Alcohol Treatment Detoxification Guidelines.** 2012. Disponível no site: <http://www.plymouthcommunityhealthcare.co.uk/>

HOLVEY, C.; TORRENS, N.. **Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust. Clinical Guideline: The detection of alcohol misusers attending hospital, The management of alcohol withdrawal syndrome (AWS), The management of Wernicke's Encephalopathy (WE).** Version 2. London: 2012. Extraído do site: <http://www.guysandstthomas.nhs.uk/resources/our-services/acute-medicine-gi-surgery/elderly-care/alcohol-withdrawal-syndrome.pdf>

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** Ed. EPU: São Paulo, 1979.

LARANJEIRA, R., NICASTRI, S., JERÔNIMO, C., MARQUES, A.C. **Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu Tratamento.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 2000.

LARANJEIRA, R., OLIVEIRA, R.A., NOBRE, M.R.C., BERNARDO, W.M. **Usuários de Substâncias Psicoativas: Abordagem, Diagnóstico e Tratamento.** CREMESP/AMB: São Paulo, 2003, 2ª Ed.

New South Wales Ministry of Health. **Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines – NSW.** Australia: 2008. http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2008/pdf/gl2008_011.pdf

PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C.. **The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy.** Melbourne, Florida: 1984.

WALSH, J., ROBERTSON, S., LUND, C. **Managing Patients in Alcohol Withdrawal A Self Learning Module.** Swedish Addiction Recovery Service: 2008. Disponível no site: <http://www.swedish.org/for-health-professionals/cme/online-cmes/managing-patients-in-alcohol->

withdrawal/aw/aw

World Health Organization. **Patient safety.** 2014. Disponível em http://www.who.int/topics/patient_safety/en/