

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SUELEN GRIGUC CARVALHO

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCÓOLICA

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SUELEN GRIGUC CARVALHO

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.

Profa. Orientadora: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCÓOLICA** de autoria do aluno **SUELEN GRIGUC CARVALHO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. 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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1 ALCOOLISMO: EPIDEMIOLOGIA, CONCEITO E PADRÕES DE CONSUMO.....	10
2.2 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (SAA).....	12
2.2.1 CRITÉRIOS DE GRAVIDADE DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (SAA).....	13
2.2.1.1 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (SAA) – NÍVEL I.....	15
2.2.1.2 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (SAA) – NÍVEL II.....	15
2.2.2 TRATAMENTO DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (SAA).....	16
2.3 CUIDADOS AO INDIVÍDUO EM SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (SAA).....	18
3 MÉTODO.....	20
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Padrões Individuais de Consumo.....	10
Quadro 2. Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar).....	14
Quadro 3. Tratamento da SAA nível I.....	16
Quadro 4. Tratamento da SAA nível II.....	17
Quadro 5. Cuidados com a SAA.....	18

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	22
Figura 2.....	22
Figura 3.....	23
Figura 4.....	23
Figura 5.....	24
Figura 6.	24

RESUMO

O uso nocivo do álcool figura entre as quatro condições mais incapacitantes, sendo considerado um problema de saúde pública. A dependência a esta substância traz consequências físicas e psíquicas ao indivíduo, que podem causar prejuízos no trabalho, desorganização familiar, comportamentos agressivos, acidentes de trânsito, exclusão social, entre outros. A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) ocorre quando há a dependência, sinalizando um consumo crônico e abusivo. É desencadeada quando o indivíduo diminui ou cessa a ingestão de álcool abruptamente e sua intensidade pode variar de leve/moderada a grave. O tratamento da dependência alcoólica envolve intervenções em vários níveis, já que a doença é bastante complexa, e destina-se tanto à dependência quanto à abstinência do álcool e requer intervenções psicoterapêuticas e psicofarmacológicas. No caso da SAA, a sua gravidade irá determinar o manejo clínico e medicamentoso dos pacientes. Assim, este estudo teve como objetivo elaborar um material educativo sobre Síndrome de Abstinência Alcoólica para os profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas de um município da região sul do país. Para o alcance deste objetivo, foi empregada, como abordagem metodológica, a pesquisa convergente-assistencial (PCA).

1 INTRODUÇÃO

Segundo a OMS (2001), o uso nocivo do álcool figura entre as quatro condições mais incapacitantes no mundo. Na faixa etária dos 15 aos 29 anos, a taxa de mortes relacionadas ao álcool pode atingir 9%. A dependência a essa substância traz grandes problemas e consequências ao indivíduo, tanto físicas quanto psíquicas, e que podem causar prejuízos no trabalho, desorganização familiar, comportamentos agressivos, acidentes de trânsito, exclusão social, entre outros. As doenças físicas consequentes do alcoolismo são de origem gastrintestinal, como úlceras, varizes esofágicas, gastrite e cirrose; neuromuscular, como câibras, formigamentos e perda de força muscular; ou cardiovascular, como a hipertensão; além de impotência ou infertilidade. Os transtornos mentais associadas ao alcoolismo são o *delirium tremens*; a demência de Korsakoff; as perturbações psicóticas, do humor, da ansiedade ou do sono; e a disfunção sexual (APA, 2002).

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) ocorre quando há a dependência, sinalizando um consumo crônico e abusivo. É desencadeada quando o indivíduo diminui ou cessa a ingestão de álcool abruptamente e sua intensidade pode variar de leve/moderada (nível I) a grave (nível II). No caso da SAA leve/moderada, os sinais e sintomas mais comuns são a ansiedade, a taquicardia, as alterações da pressão arterial e a sudorese. Aproximadamente 5% dos dependentes apresentarão um quadro grave, podendo desenvolver uma série de complicações, como crises convulsivas, alucinações e *delirium tremens (DT)*. A SAA é autolimitada, com duração média de 07 a 10 dias (CRM, 2003; LARANJEIRA, NICASTRI, JERÔNIMO, MARQUES E EQUIPE, 2000).

O tratamento da dependência alcoólica envolve intervenções em vários níveis, já que a doença é bastante complexa. A intervenção terapêutica destina-se tanto à dependência quanto à abstinência do álcool, contando com algumas intervenções psicoterapêuticas e as intervenções psicofarmacológicas.

A gravidade da SAA determinará o manejo clínico e medicamentoso dos pacientes. Enquanto síndrome de abstinência leve/moderada pode ser tratada no domicílio ou ambulatório, a SAA grave requer obrigatoriamente internação hospitalar. Tal medida se deve ao estado confusional do paciente; à presença frequente de complicações clínicas associadas; à necessidade

de exames laboratoriais de controle e de manejo da dose dos medicamentos (LARANJEIRA et al, 2002).

O alcoolismo se configura um problema de saúde pública e cada vez mais há a necessidade de pensar ações de promoção, prevenção e reabilitação nesta área. Os profissionais da saúde precisam se instrumentalizar a respeito desse problema e suas consequências para poder prestar uma assistência adequada e resolutiva.

O atendimento de pessoas com problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas é complexo e desafiador (AMARAL et al, 2010), especialmente quando se trata de situações emergenciais (DEL-BEN e TENG, 2010). Entre os desafios encontrados na assistência ao usuário de substâncias está a falta de conhecimento para o manejo dessa clientela. Desse modo, faz-se necessária maior capacitação dos profissionais para atuarem no tratamento de usuários de álcool e de outras drogas (SOUZA e PINTO, 2012).

A observação do contexto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas de um município da região sul do país demonstrou que os casos que necessitam de desintoxicação são cada vez mais frequentes. O aumento dessa demanda evidenciou as dificuldades da equipe em avaliar sinais e sintomas indicativos da SAA, principalmente dos pacientes que chegam para acolhimento. O acolhimento é realizado por todos os técnicos de nível superior, inclusive por aqueles que não possuem formação na área da saúde mental. A equipe de enfermagem também solicitou maiores discussões a cerca do tratamento farmacológico e da evolução do quadro clínico da SAA.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo elaborar um material informativo sobre Síndrome de Abstinência Alcoólica para os profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas de um município da região sul do país.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Alcoolismo: epidemiologia, conceito e padrões de consumo

De acordo com a OMS (2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. As substâncias psicoativas produzem alterações na consciência, percepções, rendimento físico ou psicológico e comportamento, e provocam, em alguns casos, dependência (NAVIA-BUENO et al, 2011).

O uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial: 2,5 milhões de pessoas morrem anualmente por problemas relacionados ao uso de álcool. Na faixa etária dos 15 aos 29 anos, a taxa de mortes relacionadas ao álcool pode atingir 9%. O II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, feito em 2005, demonstrou que o Brasil apresenta 12,3% de dependentes ao álcool, constatando um aumento em relação ao I levantamento, realizado em 2001, cuja prevalência era de 11,2% (CARLINI, GLADURÓZ, NOTO e NAPPO, 2007).

Os modos de uso podem ser classificados em diferentes padrões individuais de consumo, conforme a Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª edição (OMS, 1993):

Quadro 1 – Padrões Individuais de Consumo (OMS, 1993)	
Uso na vida	Compreende o experimentador e o usuário ocasional. O primeiro é aquela pessoa que experimenta a droga geralmente por curiosidade; prova a droga uma ou algumas vezes e logo perde o interesse. Já o usuário ocasional, utiliza uma ou várias drogas quando disponíveis ou em ambiente favorável, sem rupturas (distúrbios) afetivas, sociais ou profissionais
Intoxicação Aguda	Inclui perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto, do comportamento ou de outras funções e respostas psicofisiológicas após o uso abusivo de determinada substância.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Uso nocivo</p>	<p>Padrão de consumo que causa prejuízos à saúde do indivíduo. A definição de uso nocivo exige alguns critérios, tais como:</p> <p>A. evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento;</p> <p>B. a natureza do dano é claramente identificável;</p> <p>C. o padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses;</p> <p>D. não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Síndrome de Dependência</p>	<p>É quando o consumo repetido de uma droga provoca fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos.</p> <p>O diagnóstico definitivo de dependência só pode ser feito se três ou mais dos seguintes critérios tiverem sido detalhados ou exibidos em algum momento do último ano. São eles:</p> <p>A. forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;</p> <p>B. dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;</p> <p>C. estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;</p> <p>D. evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;</p> <p>E. abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;</p> <p>F. persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.</p>

2.2 Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) ocorre quando há a dependência, sinalizando consumo crônico e abusivo. É desencadeada quando o indivíduo diminui ou cessa a ingestão de álcool abruptamente (APA, 2002; CRM, 2003).

Geralmente a SAA se dá cerca de 6 a 12 horas após a última dose, e sua intensidade pode variar de leve a grave. Na maior parte dos casos, a SAA é de leve a moderada, e os sinais e sintomas mais comuns são a ansiedade, a taquicardia, as alterações da pressão arterial e a sudorese, que caracterizam reforço negativo, ou seja, favorecem muitos pacientes a não procurarem tratamento e a voltarem a consumir álcool para aliviar os sintomas. Aproximadamente 5% dos dependentes apresentarão um quadro grave, podendo desenvolver uma série de complicações, como crises convulsivas, alucinações e *delirium tremens (DT)*. A SAA é autolimitada, com duração média de 07 a 10 dias (APA, 2002; CRM, 2003).

A OMS (1993) aborda a SAA como um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa do álcool, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses. O início e o curso do estado de abstinência são limitados no tempo e relacionados à dose de álcool consumida imediatamente antes da parada e da redução do consumo. Para confirmação do diagnóstico, três dos seguintes sintomas devem estar presentes:

- (1) tremores da língua, pálpebras ou das mãos quando estendidas;
- (2) sudorese;
- (3) náusea, ânsia de vômitos ou vômitos;
- (4) taquicardia ou hipertensão;
- (5) agitação psicomotora;
- (6) cefaléia;
- (7) insônia;
- (8) mal estar ou fraqueza;

(9) alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias;

(10) convulsões tipo grande mal.

2.2.1 Critérios de gravidade da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

A síndrome de abstinência do álcool possui diferentes níveis de gravidade, que podem variar desde um quadro eminentemente psíquico (insônia, irritabilidade, piora das funções cognitivas) até outras condições, marcadamente autonômicas, com *delirium* e crises convulsivas.

O *delirium tremens* é um estado confusional breve, mas ocasionalmente com risco de vida, que se acompanha de perturbações somáticas. Ele leva de um a três dias para se instalar e dura de uma semana a dois meses (maioria entre 10 e 12 dias). Nos idosos, o curso é mais prolongado, e o risco de mortalidade e o número de complicações são maiores. É usualmente consequência de uma abstinência absoluta ou relativa de álcool em usuários gravemente dependentes, com uma longa história de uso. O início geralmente ocorre após abstinência de álcool e, em alguns casos, aparece durante um episódio de consumo excessivo de bebidas alcoólicas (OMS, 1993; LARANJEIRA, NICASTRI, JERÔNIMO, MARQUES E EQUIPE, 2000).

Os sintomas prodrômicos do *delirium tremens* incluem: insônia, tremores e medo, podendo também ser precedido de convulsões por abstinência. A clássica tríade de sintomas inclui obnubilação de consciência, confusão, alucinações e ilusões vívidas, afetando qualquer modalidade sensorial e com tremores marcantes. Delírios, agitação, insônia ou inversão do ciclo do sono e hiperatividade autonômica usualmente estão presentes (LARANJEIRA, NICASTRI, JERÔNIMO, MARQUES E EQUIPE, 2000).

A SAA pode ser avaliada segundo alguns preditores de gravidade: história pregressa de SAA grave; altos níveis de álcool no sangue sem sinais e sintomas de intoxicação; alcoolemia alta (300mg/dl); uso concomitante de sedativos; comorbidades e idade avançada (LARANJEIRA, NICASTRI, JERÔNIMO, MARQUES E EQUIPE, 2000; LARANJEIRA et al, 2002).

Quando há a suspeita de SAA é aconselhável aplicar a *Clinical Withdrawal Assessment Revised* (CIWA-Ar). Trata-se de uma escala com 10 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.

Quadro 2 - Clinical Withdrawal Assessment Revised – CIWA-Ar			
Nome:		Data:	
Pulso ou FC:	PA:	Hora:	
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 sentidococeiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações? []			
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? []			
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	4	Alucinações moderadas
1	Muito leve	5	Alucinações graves
2	Leve	6	Extremamente graves
3	Moderado	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	4	Moderado / grave
1	Muito leve	5	Grave
2	Leve	6	Muito grave
3	Moderado	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 |

Escore total

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS: 0 – 9 SAA leve; 10 – 18 SAA moderada; > 18 SAA grave.

Fonte: LARANJEIRA, R. (coord.); et al. **Projeto Diretrizes:** Uso e Dependência do Álcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

2.2.1.1 Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) – Nível I

Trata-se da SAA leve e moderada. Ela aparece nas primeiras 24 horas após a última dose. Instala-se em 90% dos pacientes e cursa com agitação; ansiedade; tremores finos de extremidades; alteração do sono, da senso-percepção, do humor, do relacionamento interpessoal e do apetite; sudorese; aumento da frequência cardíaca, do pulso e da temperatura. Alucinações são raras. (LARANJEIRA et al, 2002)

2.2.1.2 Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) – Nível II

É a SAA grave. Aproximadamente 5% dos pacientes evoluem do estágio I para o II, cerca de 48 horas após a última dose. Os sinais autonômicos são mais intensos, os tremores generalizados, e as alucinações auditivas e visuais estão presentes, bem como a desorientação temporo-espacial. Em torno de 3% dos pacientes do estágio II chegam ao *Delirium Tremens* (DT), após 72 horas da última dose. O DT piora ao entardecer (*sundowning*). 10% a 15% destes apresentam convulsões do tipo grande mal. (LARANJEIRA et al, 2002)

Esta psicose orgânica é reversível e dura de 2 a 10 dias. Cursa com despersonalização, humor intensamente disfórico, alternado da apatia até a agressividade. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com traumatismo craniano e doenças epileptiformes. (LARANJEIRA et al, 2002)

2.2.2 Tratamento da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

O tratamento ambulatorial destina-se aos pacientes com SAA nível I. É menos custoso, não interrompe a vida do indivíduo, além de favorecer sua permanência no trabalho e na vida familiar. A abordagem hospitalar destina-se para aqueles com SAA nível II, por se tratar de um ambiente protegido e mais seguro para manejar complicações. Neste local a recuperação pode ser mais rápida, em função do controle e dos recursos disponíveis.

O nível de gravidade da SAA aferido pela CIWA-Ar também pode determinar a escolha do local mais adequado:

- escore ≥ 20 : desintoxicação hospitalar;
- escore < 20 : desintoxicação domiciliar ou ambulatorial, dependendo dos recursos clínicos, psíquicos, sociais e do local.

A gravidade da SAA também determina o manejo clínico e medicamentoso dos pacientes. Os que apresentam uma SAA nível I podem receber tratamento ambulatorial, e devem ser acompanhados por meio de consultas frequentes. O paciente e sua família devem ser orientados sobre a doença e a necessidade de buscarem atendimento de emergência caso haja agravamento clínico (quadro 3).

Quadro 3 - Tratamento da SAA nível I

AMBULATÓRIO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

1ª SEMANA

Cuidados gerais

- * Esclarecimento adequado sobre SAA para o paciente e seus familiares.
- * Retornos frequentes ou visitas da equipe no domicílio por 3-4 semanas.
- * Contraindicar a condução de veículos durante o uso de benzodiazepínicos.
- * Dieta leve ou restrita, e hidratação adequada.
- * Repouso relativo em ambiente calmo desprovido de estimulação audiovisual.
- * Supervisão de familiar.
- * Encaminhamento para emergência se observar alteração da orientação temporo-espacial e/ou do nível de consciência.

Farmacoterapia

Tiamina/dia: 300 mg intramuscular;

Sedativos: depende do caso; os mais usados são o Diazepam (20 a 40 mg dia/oral), ou o Clordiazepóxido (100 a 200 mg/dia/oral), ou o Lorazepam se hepatopatia associada (4 a 8 mg/dia/oral).

2ª E 3ª SEMANAS

Cuidados gerais

Redução gradual dos cuidados gerais da 1ª semana.

Farmacoterapia

Tiamina: 300 mg/dia/oral;
Sedativos: redução gradual.

Fonte: LARANJEIRA, R. (coord.); et al. **Projeto Diretrizes:** Uso e Dependência do Alcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

O tratamento da SAA nível II é obrigatoriamente hospitalar. Isso se deve ao estado confusional do paciente; à presença frequente de complicações clínicas associadas; à necessidade de exames laboratoriais de controle e de manejo da dose dos medicamentos (quadro 4).

Quadro 4 - Tratamento da SAA nível II**INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

1ª SEMANA

Cuidados gerais

- * Repouso absoluto.
- * Redução do estímulo audiovisual.
- * Monitorização da glicemia, eletrólitos e hidratação.
- * Dieta leve ou jejum.
- * Monitorização da evolução sintomatológica pela CIWA-Ar.

Farmacoterapia

Tiamina/dia: 300 mg intramuscular

Aumentar a dose em caso de confusão mental, ataxia, nistágmo (síndrome de Wernicke).

Sedativos: Diazepam (10-20 mg oral de /hora em hora) **ou** Clordiazepóxido (50 a 100 mg oral/hora em hora) **ou** Lorazepam (2-4 mg oral/hora em hora). Se necessário, administrar diazepam endovenoso, 10 mg em 4 minutos com retaguarda para o manejo de parada respiratória.

2ª E 3ª SEMANAS

Cuidados gerais

Redução gradual dos cuidados gerais da 1ª semana.

Farmacoterapia

Tiamina: 300 mg/dia/oral;
Sedativos redução gradual.

Fonte: LARANJEIRA, R. (coord.); et al. **Projeto Diretrizes:** Uso e Dependência do Alcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

Por fim, alguns cuidados tornam-se necessários a fim de evitar iatrogenias, bem como para manejar possíveis complicações durante o tratamento da SAA (quadro 5).

Quadro 5 - Cuidados com a SAA	
O QUE NÃO FAZER	
	<p>Hidratar indiscriminadamente. Administrar glicose. Administrar Clorpromazina ou Fenil-hidantoína. Aplicar Diazepam endovenoso, sem recursos para reverter uma possível parada respiratória.</p>
MANEJO DAS COMPLICAÇÕES	
	<p>Convulsões Diazepam: de 10 a 30 mg/dia oral ou 10 mg/ev na crise.</p> <p><i>Delirium tremens</i> Diazepam: 60 mg/dia oral ou Lorazepam 12 mg/dia oral. Associar, se necessário, haloperidol: 5 mg/dia oral ou Clonidina: 0,1 a 0,2 mg/dia oral.</p> <p>Alucinose alcoólica Haloperidol: 5 mg/dia.</p>

Fonte: LARANJEIRA, R. (coord.); et al. **Projeto Diretrizes:** Uso e Dependência do Alcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

2.3 Cuidados ao indivíduo em Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

Os cuidados em situações de SAA iniciam com a chegada do paciente no serviço, onde é importante manter atitude acolhedora, empática e sem preconceitos, pois esta fase é um momento propício para motivar o paciente a dar seguimento no tratamento da dependência química. Manter o paciente e seus familiares informados sobre os procedimentos a serem adotados e sobre as possíveis evoluções do quadro é uma ação fundamental para o estabelecimento de vínculo e confiança entre estes e o profissional de saúde. O bem estar do paciente também está relacionado ao ambiente, que precisa ser calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual

(LARANJEIRA, NICASTRI, JERÔNIMO, MARQUES E EQUIPE, 2000; LARANJEIRA et al, 2002).

Uma vez iniciado o programa de desintoxicação ambulatorial, a equipe deverá estar preparada para (LARANJEIRA, NICASTRI, JERÔNIMO, MARQUES E EQUIPE, 2000):

- Identificar sinais clínicos de febre, hipertermia, taquipnéia, taquicardia, alteração do sensório, alucinações, agitação, sudorese, tremores, vômitos e convulsões, e discutir com a equipe os sinais e sintomas evidenciados;
- Realizar glicemia capilar;
- Registrar dados a cada 1 hora;
- Orientar o paciente e a família sobre a proibição do ato de dirigir veículos e manusear máquinas e/ou equipamentos que exijam concentração e atenção, uma vez que os reflexos e o sensório estarão prejudicados;
- Monitorar aceitação da dieta;
- Realizar balanço hídrico;
- Instalar acesso venoso periférico;
- Providenciar início do tratamento específico, conforme prescrição médica;
- Checar a disponibilidade e adequação de material para atendimento de urgência;
- Providenciar suporte ventilatório;
- Providenciar transferência para outro serviço em casos de evolução desfavorável do quadro.

3 MÉTODO

Este estudo utilizou como abordagem metodológica a pesquisa convergente-assistencial (PCA), por se tratar de uma abordagem que se relaciona diretamente ao contexto da prática. Assim, o foco da PCA está na síntese criativa de um processo associativo da abordagem de pesquisa e prática em caráter de simultaneidade (PAIM, TRENTINI, MADUREIRA E STAMM, 2008).

Quando utilizada pela enfermagem, a PCA inclui atividades de cuidado e assistência, contudo não se consolida com o ato de cuidar ou de assistir, sendo apenas parte do processo de pesquisa. Essa modalidade de pesquisa procura descobrir realidades, resolver problemas ou introduzir inovações num determinado contexto da prática assistencial (TRENTINI E PAIM, 2004).

A PCA requer participação ativa dos sujeitos, estando orientada como um tipo de pesquisa que, em seu desenvolvimento, sustenta estreita relação com a situação social e objetiva encontrar soluções para problemas específicos da prática. Também busca promover a mudança e a introdução de inovações na situação social, levando a construções teóricas comprometidas com a melhora direta do contexto social pesquisado, com a imersão do pesquisador na assistência (TRENTINI E PAIM, 2004).

Em seu processo operacional, este método destaca os espaços de interseção entre o processo de cuidar/educar ou gerenciar, com o de pesquisa, os quais precisam ocorrer simultaneamente, favorecendo a imersão gradativa do pesquisador no contexto pesquisado, e permitindo interpretações e descoberta de vazios ao longo do processo. O pesquisador intervém, a pesquisa por si intervém, o que implica que essa modalidade sempre envolve ações de assistência, de educação ou de gerência, mesmo que o enfoque seja entender ou descrever algum aspecto do problema (TRENTINI E PAIM, 2004).

Dessa forma, o produto deste estudo trata-se de um material educativo (Tecnologia de Educação) sobre a Síndrome de Abstinência Alcoólica e tem o intuito de auxiliar na prática assistencial da equipe de saúde em questão.

O cenário do estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da região sul do país, cuja equipe é composta por uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, um educador físico, uma médica psiquiatra, dois agentes administrativos, um auxiliar de serviços gerais, uma estagiária da educação física e dois residentes do programa de residência integrada em saúde. Neste serviço, além de atendimentos individuais e em grupos, realizamos desintoxicação ambulatorial para os casos de SAA leve/moderada.

Os casos que necessitam de desintoxicação são cada vez mais frequentes no serviço e com o aumento da demanda para este cuidado, os profissionais depararam-se com a dificuldade de avaliar sinais e sintomas indicativos da SAA, principalmente daqueles pacientes que chegam para acolhimento. O acolhimento é realizado por todos os técnicos de nível superior, inclusive por aqueles que não possuem formação na área da saúde mental. Outra questão foi levantada pela equipe de enfermagem, que sentia necessidade de discutir mais sobre o tratamento farmacológico e a evolução do quadro clínico da SAA.

Diante desta demanda, foi realizado levantamento bibliográfico e elaborado material educativo que aborda, de forma sucinta e didática, o tema em questão. O material foi disponibilizado para a equipe e tem servido como disparador para discussões e esclarecimentos sobre a SAA. Espera-se que essa estratégia tenha implicações na identificação e intervenção precoce na Síndrome de Abstinência Alcoólica para evitar danos decorrentes do agravamento do quadro clínico.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Neste capítulo será apresentado o produto deste estudo, que corresponde ao material educativo sobre a Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA), conforme as figuras a seguir:

Figura 1

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCÓOLICA

A 10ª Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10(OMS, 1993) aborda a Síndrome de Abstinência alcoólica (SAA) como um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa do álcool, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses. O início e o curso do estado de abstinência são limitados no tempo e relacionados à dose de álcool consumida imediatamente antes da parada e da redução do consumo. Geralmente a SAA se dá cerca de 6 a 12 horas após a última dose, e sua intensidade pode variar de leve a grave.

O quadro a seguir apresenta os critérios diagnósticos necessários para a confirmação da SAA de acordo com a 10ª Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (OMS, 1993).

Quadro 1 - Diagnóstico da SAA	
Três dos seguintes sintomas devem estar presentes:	
(1) tremores da língua, pálpebras ou das mãos quando estendidas;	(6) cefaléia;
(2) sudorese;	(7) insônia;
(3) náusea, ânsia de vômitos ou vômitos;	(8) mal estar ou fraqueza;
(4) taquicardia ou hipertensão;	(9) alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias;
(5) agitação psicomotora;	(10) convulsões tipo grande mal.

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: ARTMED, 1993.

1. A Avaliação da Síndrome de Abstinência Alcoólica

Quando há a suspeita de SAA é aconselhável aplicar a *Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar)*. Trata-se de uma escala com 10 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.

Figura 2

Quadro 2 - Clinical Withdrawal Assessment Revised – CIWA-Ar	
Nome:	Data:
Pulso ou FC:	PA:
	Hora:
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, <u>pinicadas</u> ?	
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?	
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	4 <u>Alucinações moderadas</u>

1 <u>Muito leve</u>	5 <u>Alucinações graves</u>
2 <u>Leve</u>	6 <u>Extremamente graves</u>
3 <u>Moderado</u>	7 <u>Continua</u>
7. Você se sente nervoso (a)? (observação)	
0 Não	
1 <u>Muito leve</u>	
4 <u>Leve</u>	
7 <u>Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo</u>	
8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?	
0 Não	4 <u>Moderado / grave</u>
1 <u>Muito leve</u>	5 <u>Grave</u>
2 <u>Leve</u>	6 <u>Muito grave</u>
3 <u>Moderado</u>	7 <u>Extremamente grave</u>
9. <u>Agitação:</u> (observação)	
0 Normal	
1 Um pouco mais que a atividade normal	
4 <u>Moderadamente</u>	
7 <u>Constante</u>	
10. Que dia é hoje? Onde você está? <u>Quem sou eu?</u> (observação)	
0 <u>Orientado</u>	
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	
Escore total	

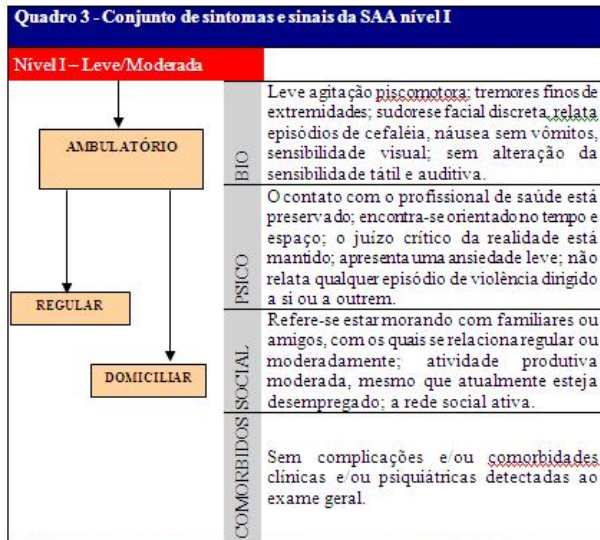
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS: 0 – 2 SAA leve; 10 – 18 SAA moderada; > 18 SAA grave.

Fonte: LARANJEIRA, R. (coord.); et al. Projeto Diretrizes: Uso e Dependência do Alcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

Figura 3

1.1. Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) – Nível I

Trata-se da SAA leve e moderada. Ela aparece nas primeiras 24 horas após a última dose e instala-se em 90% dos pacientes. Alucinações são raras. (LARANJEIRA et al, 2002)



Fonte: LARANJEIRA, R. (coord.); et al. Projeto Diretrizes: Uso e Dependência do Alcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

Figura 4

A SAA tipo II corresponde à forma grave. Aproximadamente 5% dos pacientes evoluem do estágio I para o II, cerca de 48 horas após a última dose. Em torno de 3% dos pacientes do estágio II chegam ao *Delirium Tremens* (DT), após 72 horas da última dose, e 10% a 15% destes apresentam convulsões do tipo grande mal. Esta psicose orgânica é reversível e dura de 2 a 10 dias. (LARANJEIRA et al, 2002)

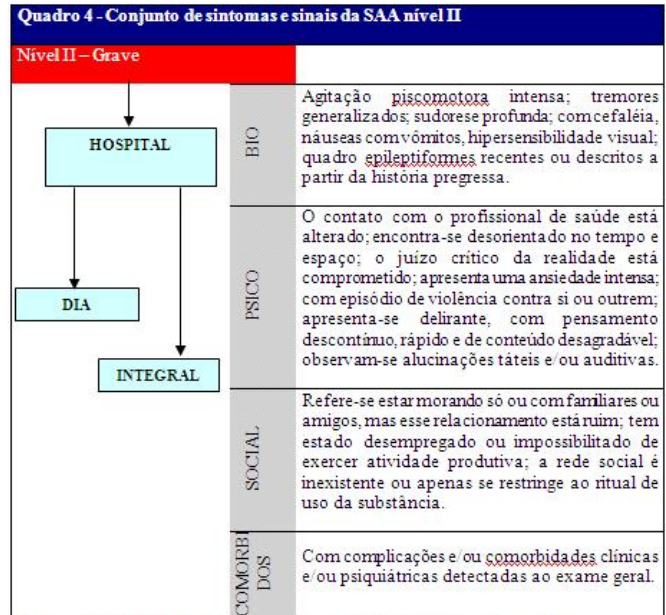
3. Tratamento da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

O nível de gravidade da SAA aferido pela CIWA-Ar também pode determinar a escolha do local mais adequado para realizar o tratamento.

Nos casos em que o escore na CIWA-Ar é <20, adesintoxicação é feita no domicílio ou no ambulatório.

1.2. Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) – Nível II

O Quadro 4 resume os sinais e sintomas da SAA nível II:



Fonte: LARANJEIRA, R. (coord.); et al. Projeto Diretrizes: Uso e Dependência do Alcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

Quadro 5 - Tratamento da SAA nível I

AMBULATORIO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

1ª SEMANA

Cuidados gerais
 *Esclarecimento adequado sobre SAA para o paciente e seus familiares.
 *Retornos frequentes ou visitas da equipe no domicílio por 3-4 semanas.
 *Contraindicar a condução de veículos durante o uso de benzodiazepínicos.
 *Dieta leve ou restrita, e hidratação adequada.
 *Repouso relativo em ambiente calmo desprovido de estimulação audiovisual.
 *Supervisão de familiar.
 *Encaminhamento para emergência se observar alteração da orientação temporo-espacial e/ou do nível de consciência.

Farmacoterapia
 Tiamina dia: 300 mg intramuscular;
 Sedativos: depende do caso; os mais usados são o Diazepam (20 à 40 mg dia/oral), ou o Clordiazepóxido (100 à 200 mg/dia/oral), ou o Lorazepam se hepatopatia associada (4 à 8 mg/dia/oral).

2ª E 3ª SEMANAS

Cuidados gerais
 Redução gradual dos cuidados gerais da 1ª semana.

Farmacoterapia
 Tiamina: 300 mg/dia/oral;
 Sedativos: redução gradual.

Fonte: LARANJEIRA, R. (coord.); et al. Projeto Diretrizes: Uso e Dependência do Alcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

Figura 5

Se o escore obtido pelo CIWA-Ar for ≥ 20 , a desintoxicação é hospitalar.

Por fim, alguns cuidados tornam-se necessários a fim de evitar iatrogenias, bem como para manejar possíveis complicações durante o tratamento da SAA.

Quadro 6 - Tratamento da SAA nível II	
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1ª SEMANA	Cuidados gerais *Repouso absoluto. *Redução do estímulo <u>audio-visual</u> . *Monitorização da glicemia, eletrólitos e hidratação. *Dieta leve ou jejum. *Monitorização da evolução sintomatológica pela <u>CIWA-Ar</u> . Farmacoterapia Tiamina/dia: 300 mg intramuscular Aumentar a dose em caso de confusão mental, <u>ataxia</u> , <u>nistágmo</u> (síndrome de <u>Wernicke</u>). Sedativos: <u>Diazepam</u> (10-20 mg oral de /hora em hora) ou <u>Clordiazepóxido</u> (50 a 100 mg oral/hora em hora) ou <u>Lorazepam</u> (2-4 mg oral/hora em hora). Se necessário, administrar <u>diazepam</u> endovenoso, 10 mg em 4 minutos com retaguarda para o manejo de parada respiratória.
	Cuidados gerais Redução gradual dos cuidados gerais da 1ª semana. Farmacoterapia Tiamina: 300 mg/dia/oral; Sedativos <u>redução gradual</u> .
2ª, 3ª, 4ª SEMANAS	

Fonte: LARANJEIRA, R. (coord.); et al. Projeto Diretrizes: Uso e Dependência do Alcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

4. Cuidados ao indivíduo em Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

Uma vez iniciado o programa de desintoxicação ambulatorial, a equipe deverá estar preparada para(LARANJEIRA, NICASTRI, JERÔNIMO, MARQUES E EQUIPE, 2000):

- Adotar atitude acolhedora, empática e sem preconceitos;
- Manter o paciente e seus familiares informados sobre os procedimentos a serem adotados e sobre as possíveis evoluções do quadro;
- Proporcionar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual;
- Identificar sinais clínicos de febre, hipertermia, taquipnéia, taquicardia, alteração do sensorio, alucinações, agitação, sudorese, tremores, vômitos e convulsões, e comunicar ao médico os sinais e sintomas evidenciados;
- Realizar glicemia capilar;
- Registrar dados a cada 1 hora;
- Orientar o paciente e a família sobre a proibição do ato de dirigir veículos e manusear máquinas e/ou equipamentos que exijam concentração e atenção, uma vez que os reflexos e o sensorio estarão prejudicados;

Figura 6

- A dieta é livre, com atenção especial à hidratação;
- Realizar controle do débito urinário;
- Instalar acesso venoso periférico;
- Providenciar início do tratamento específico, conforme prescrição médica;
- Deixar preparado e disponível material de parada respiratória;
- Providenciar suporte ventilatório;
- Providenciar transferência para outro serviço em casos de evolução desfavorável do quadro

Quadro 7 - Cuidados com a SAA	
O QUE NÃO FAZER	
	Hidratar indiscriminadamente. Administrar glicose. Administrar <u>Clorpromazina</u> ou <u>Fenilhidantoina</u> . Aplicar <u>Diazepam</u> endovenoso, sem recursos para reverter uma possível parada respiratória.
MANEJO DAS COMPLICAÇÕES	
	Convulsões <u>Diazepam</u> : de 10 a 30 mg/dia oral ou 10 mg/ev. na crise.
	Delirium tremens <u>Diazepam</u> : 60 mg/dia oral ou <u>Lorazepam</u> 12 mg/dia oral. Associar, se necessário, <u>haloperidol</u> : 5 mg/dia oral ou <u>Clonidina</u> : 0,1 a 0,2 mg/dia oral.
	Alucinação alcoólica <u>Haloperidol</u> : 5 mg/dia.

Fonte: LARANJEIRA, R. (coord.); et al. Projeto Diretrizes: Uso e Dependência do Alcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

REFERÊNCIAS

APA. DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 880 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - Associação Médica Brasileira de Usuários de Substância Psicoativas. Usuários de Substâncias Psicoativas: abordagem diagnóstica e tratamento. 2ed. São Paulo (SP): CRM, 2003.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI S.; JERÔNIMO, C.; MARQUES A. C.; e equipe. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Alcool (SAA) e o seu tratamento. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

LARANJEIRA, R. (coord.); et al. Projeto Diretrizes: Uso e Dependência do Alcool. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/002.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: ARTMED:1993.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste trabalho foi elaborar um material educativo sobre a Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) de modo a atender a demanda da equipe, que relatava dificuldades em identificar sinais e sintomas sugestivos desta enfermidade, bem como dificuldades no manejo diante da situação.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, compilação de informações para elaboração do material educativo, que foi disponibilizado para a equipe. Não foi possível validar e avaliar a repercussão do produto na prática clínica, mas cabe salientar que ele tem embasado momentos de educação permanente, que instigam a equipe a pesquisar mais sobre a SAA.

Destaca-se que o desenvolvimento deste estudo articula-se com a necessidade de sistematização da assistência de enfermagem, como uma forma de organizar a administração do serviço e conseqüentemente de obter resultados positivos para o mesmo.

A sistematização da assistência desponta como uma metodologia de trabalho que avalia e controla a assistência, qualifica o pessoal, incorpora filosofia e objetivos assistenciais, analisa o papel do enfermeiro e proporciona organização na administração de recursos humanos e materiais.

A utilização do método de trabalho baseado em evidências científicas poderá proporcionar o desenvolvimento da enfermagem como profissão, conferindo cientificidade a um modelo que tem raízes no funcionalismo. Isso implica no fazer, acompanhado do saber, levando ao desenvolvimento do pensamento crítico também para obtenção de solução de problemas e tomada de decisões.

A falta de sistematização da assistência dificulta o processo de planejamento, direcionamento e qualificação da assistência, bem como na avaliação de resultados. Nessa perspectiva, o Enfermeiro não pode assumir uma posição de espectador, mas de participante, atuante em seu aprimoramento e modificador de uma realidade que propicie o reconhecimento da sociedade como uma profissão necessária e eficiente.

Acredito que para o sucesso e efetividade da sistematização da assistência em enfermagem, deve haver um íntimo contato com a educação continuada (planejamento de programas direcionados às reais necessidades dos profissionais), com enfermeiros responsáveis e competentes, que tenham referenciais teóricos e objetivos assistenciais e avaliem constantemente essa práxis, tal como preconiza a Pesquisa Convergente Assistencial.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A.; ANDRADE, A. G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, supl. 2, p. 104-11, 2010

APA. DSM-IV-TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 880 p.

CARLINI, E.A.; GLADURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, A.S. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 468 p., 2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - Associação Médica Brasileira de Usuários de Substância Psicoativas. **Usuários de Substâncias Psicoativas: abordagem diagnóstica e tratamento**. 2ed. São Paulo (SP): CRM,2003.

DEL-BEN, C. M.; TENG, C. T. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, supl. 2, p. 67-8, 2010.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI S.; JERÔNIMO, C.; MARQUES A. C.; e equipe. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

LARANJEIRA, R. (coord.); et al. **Projeto Diretrizes: Uso e Dependência do Álcool**. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002. Disponível em: < www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/002.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2014.

NAVIA-BUENO, M.P.; FARAH-BRAVO, J.; YAKSIC-FERAUDY, N.; PHILCO-LIMA, P.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Conocimiento sobre el fenómeno de las drogas en entre estudiantes y docentes de la Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 722-9, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: ARTMED;1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – **Saúde Mental**: Nova Concepção, Nova Esperança. OMS, Genebra, 2001.

PAIM L.; TRENTINI M.; MADUREIRA V.S.F.; STAMM M. **Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da Enfermagem**. Cogitare Enferm, v. 13, n. 3, p. 380-6, 2008.

TRENTINI M.; PAIM L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular; 2004.

SOUZA, L.M.; PINTO, M.G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.14, n.2, p. 374-83, 2012.