



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

Coleção Guia de Referência Rápida

Álcool e Outras Drogas

Tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Versão Profissional

Rio de Janeiro, 1ª edição/2016

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

Superintendência de Atenção Primária

Guia de Referência Rápida

Álcool e Outras Drogas

Tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Versão Profissional

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

1° edição

SMS/RJ
PCRJ © 2016

**Prefeito**

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde

José Carlos Prado Jr.

Subsecretária de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

Betina Durovni

Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Guilherme Wagner

Coordenação Técnica

Débora S. Teixeira

Fabiane Minozzo

Lorena Gasparini Caran

Luara Lima

Revisão Técnica

Leonardo Graever

Thaiani Farias Vinadé de Castilhos

Marcelo Santos Cruz

Colaboração

Christiane Sampaio

Claudia Meneses da Silva

Ivo Aurélio Lima Júnior

Jane da Rocha Cruz

Joana Thiesen

Laura de Carvalho Moraes Sarmento

Melanie Noël Maia

Patrícia Dias Mondarto

Patrícia Durovni

Rafaella Peixoto

Rodrigo Simas

Sandra Soares Arôca

Vinicius Martins de Menezes

Diagramação

Victor Soares Rodrigues Pereira

Índice

●	Introdução	4
	Abordagem centrada na pessoa	5
●	O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas	5
●	A Rede de Atenção Psicossocial no cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas	7
●	Redução de danos	16
●	Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas	18
●	Diagnóstico e tratamento de transtornos ligados ao consumo de álcool	21
●	Diagnóstico e tratamento de transtornos ligados a outras drogas	31
●	Abordagem Psicossocial: manejo na APS	39
	Aconselhamento em Redução de Danos	39
	Entrevista Motivacional	42
	Intervenção Breve	45
	Grupos na Atenção Primária à Saúde	48
	Abordagem familiar	51
	Promoção de Saúde e Prevenção de danos em álcool e outras drogas	57
●	O cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas com comorbidades / situações especiais	60
	Uso de álcool e outras drogas na gestação	60
	Infância e Adolescência e o uso prejudicial de álcool e outras drogas	66
	Associação entre uso de álcool e outras drogas e Transtornos Mentais Comuns	71
	O cuidado a pessoas usuárias de álcool e outras drogas com Tuberculose	72
	O uso de álcool e outras drogas e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	72
	População em situação de rua e uso abusivo de álcool e outras drogas	75
	Efeitos das drogas na saúde bucal	78
	Referências Bibliográficas	82
	Anexo A - Questionário AUDIT	87
	Anexo B - Questionário ASSIST	90
	Anexo C - Quadro com os principais códigos da CID-10 e CIAP-2	95

Introdução

O uso de álcool, tabaco e outras drogas muitas vezes se associa a graves problemas de saúde, prejuízos profissionais, financeiros, legais e no relacionamento familiar. Atualmente, o crescimento destas dificuldades e o surgimento de novos desafios com o consumo do crack vêm agravar situações de vulnerabilidade social, psíquica e física especialmente para parcelas da população previamente já vulneráveis. Muitas pessoas que fazem uso problemático destas substâncias têm contato com os serviços da Atenção Primária à Saúde muito tempo antes que estes problemas apareçam ou se agravem. Além disso, muitas vezes o uso de álcool e outras drogas agravam ou precipitam condições clínicas que são foco da Atenção Primária à Saúde, como o atendimento de grávidas e pessoas com Hipertensão Arterial, Diabetes, Tuberculose e outros. Por estes motivos, os serviços de Atenção Primária à Saúde têm uma posição estratégica para a abordagem precoce do uso problemático de álcool e outras drogas e um enorme alcance podendo contribuir para a mudança da relação de indivíduos e seus familiares com o uso destas substâncias.

Por outro lado, sabemos que os profissionais de saúde muitas vezes não foram adequadamente capacitados em sua formação para atender as pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool e outras drogas e seus familiares. Esta deficiência na formação leva à insegurança sobre como abordar e muitas vezes a uma postura de afastamento. É natural que procuremos manter à distância os impasses que não nos sentimos capazes de resolver. No entanto, existem recursos bastante eficientes para abordar e tratar pessoas com problemas com drogas. Estes recursos incluem instrumentos de triagem simples, medicações eficazes e técnicas adequadas capazes de modificar de forma decisiva as situações envolvidas. De posse destes recursos, os serviços da Atenção Primária podem contribuir com alta resolutividade para minimizar os problemas com drogas na direção da saúde e da reinserção social.

Para preencher esta lacuna da formação, importantes iniciativas de capacitação têm sido implementadas. Este Guia Rápido faz parte deste esforço com a finalidade de fornecer de forma objetiva informações práticas e diretrizes, para situações frequentes no dia-a-dia dos serviços de Atenção Primária. Com o objetivo de facilitar o acesso, sem preconceito, por meio da abordagem centrada na pessoa e considerando os princípios da Redução de Danos são enfocadas as situações de crise, incluindo o tratamento da abstinência e da intoxicação, a abordagem da família, de grávidas, de crianças e adolescentes. Também são focalizadas as diretrizes para a abordagem e tratamento de pessoas que usam drogas e têm comorbidades (tuberculose, HIV e IST), transtornos mentais comuns e da população em situação de rua.

■ Abordagem centrada na pessoa

O manejo terapêutico deve levar em consideração as necessidades individuais e as preferências das pessoas sob seu cuidado. Uma boa comunicação é essencial para permitir que as pessoas tomem decisões a respeito de sua saúde, apoiadas por informações baseadas em evidências. Se a pessoa estiver de acordo, sua família e cuidadores devem ter a oportunidade de se envolver nas decisões sobre o projeto terapêutico, junto ao seu familiar. Deve-se sempre respeitar o sigilo do paciente para evitar o estigma que infelizmente ainda recaem sobre a pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Como porta de entrada e contato preferencial do indivíduo com o sistema de saúde, a Atenção Primária tem como objetivo prover cuidado, garantindo acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção a pessoas e famílias residentes em sua área de atuação.

As equipes de APS devem elaborar ações visando a “promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde” ⁽¹⁾.

Aplicando-se tais atributos à atenção aos usuários de álcool e outras drogas (AD), é importante que a APS:

- Tenha atualizado o diagnóstico situacional do território;
- Com base no diagnóstico situacional, conheça a prevalência do problema na população adscrita ao seu cuidado e suas implicações no processo saúde e doença;
- Planeje ações voltadas ao cuidado destes indivíduos e suas famílias, através de uma abordagem integral e abrangente;
- Maneje os casos, contando, quando necessário e disponível, com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e viabilizando a referência de casos mais complexos a outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o compartilhamento e coordenação do cuidado.

Atribuições da APS

- Ações de promoção à saúde voltadas para a qualidade de vida e (re) inserção social destes sujeitos, com articulação intersetorial;
- Prevenção do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, através de ações de educação em saúde comunitária e nas escolas;
- Rastreamento e detecção precoce de tais situações na população sob seu cuidado;
- Vigilância dos casos da área adscrita, através do uso de sistemas de informação que consolidem os dados relacionados ao cuidado destes indivíduos e suas famílias, tornando possível seu monitoramento e continuidade.
- Atendimento às pessoas que procurem a unidade de saúde por problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, durante todo o seu horário de funcionamento, para avaliação e seguimento, em conjunto com o sujeito;
- Manejo de casos AD pela equipe de saúde através de técnicas sabidamente eficazes como a Abordagem Motivacional e Intervenção Breve, a partir da lógica da Redução de Danos, passíveis de utilização por todos os membros da equipe;

- Articulação com profissionais do NASF, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais pontos da RAPS, ampliando as possibilidades de cuidado e resolutividade da equipe;
- Tratamento para desintoxicação alcoólica prevista na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde aos indivíduos em que haja indicação;
- Atendimento voltado para outros problemas de saúde nessa população;
- Abordagem familiar em casos de problemas com álcool e outras drogas, com suporte às famílias envolvidas;
- Referência de casos de maior gravidade com implicações clínicas ou alto risco de abstinência severa, para leitos de internação em hospitais gerais, mantendo cuidado compartilhado.

A Rede de Atenção Psicossocial no cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

A **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** é o resultado de uma mudança de paradigma no cuidado às pessoas em sofrimento mental e/ ou uso de álcool e outras drogas, a qual depende de diversos fatores, sendo um deles a capacidade dos trabalhadores interagirem. Sua finalidade é “ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (2).

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Município do Rio de Janeiro:

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Primária à Saúde	Unidades de Atenção Primária à Saúde (Clínica da Família e Centros Municipais de Saúde) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Consultório na Rua
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Atenção de Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 Sala de estabilização Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas, Coordenações de Emergência Regional (CER) e serviço de atendimento à emergências em Hospitais Gerais
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulta e Infantil Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos Programa de Volta para Casa Estratégias de Desinstitucionalização com trabalho de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares
Estratégia de Reabilitação Social	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Adaptado do Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasil, 2015 ⁽³⁾

Os serviços listados acima são os recursos de que se dispõe na rede para assistência em saúde mental, incluindo os usuários de álcool e outras drogas. Abaixo eles serão mais bem descritos e apresentados os critérios para acioná-los.

O município do Rio de Janeiro possui, ainda, como componentes de sua RAPS, os ambulatórios de referência em cada Área de Planejamento (AP). Estes serviços fazem parte da atenção secundária e podem ser acessados pela APS via Sistema de Regulação (SISREG).

Conta também com os Centros de Convivência e Cultura, dispositivos altamente potentes e efetivos na inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, abertos aos usuários dos serviços de saúde, que podem ser acessados diretamente pelos profissionais da APS, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. **Procure conhecer estes dispositivos da RAPS em sua Coordenadoria Geral de Atenção Primária à Saúde - CAP!**

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O NASF tem como objetivo realizar apoio matricial, aumentando a resolutividade das equipes de Atenção Primária, ampliando sua abrangência e escopo de ações. O apoio matricial pode se dar por meio de discussão de casos, elaboração conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, de atendimentos conjuntos, visitas domiciliares, da realização de atividades de educação permanente e elaboração de diagnóstico situacional do território, e do planejamento de grupos e ações no território. As equipes de NASF e de APS devem pactuar conjuntamente como será realizado esse apoio.

As equipes de NASF também realizam atividades específicas, tais como: atendimentos individuais, coordenação de grupos específicos de seu núcleo de saber, sendo recomendado que pelo menos um profissional da equipe de APS acompanhe a atividade de grupo, como forma de educação permanente e de fortalecimento do vínculo com a população. Em relação aos atendimentos específicos pelo NASF, as equipes de APS devem discutir os casos com a equipe de apoio, avaliando conjuntamente a melhor condução em cada situação.

Em relação ao cuidado prestado aos usuários de álcool e outras drogas, o NASF deve apoiar as equipes de Atenção Primária nas ações voltadas a essa temática, buscando sensibilizar as equipes para um cuidado isento de julgamento moral.

Para mais informações acesse o link:

http://subpav.org/download/prot/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS são serviços de saúde abertos, de base territorial, integrantes da rede de serviços do SUS. São lugares de referência e tratamento para pessoas em sofrimento ou transtorno mental grave, ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, cuja gravidade e/ou persistência demandem sua inclusão num serviço de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde.

Os CAPS objetivam acolher as pessoas em sofrimento, estimulando sua integração social e familiar, e apoiando suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimentos multiprofissionais, procurando atuar na lógica do cotidiano das pessoas, buscando integrá-las ao seu contexto social e cultural, evitando assim o seu isolamento. Há realização de atendimento clínico, oficinas e grupos, visando a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários ⁽⁴⁾.

Os CAPS visam substituir a lógica de atendimento hospitalocêntrico, permitindo aos seus usuários os cuidados necessários sem afastá-los da vida cotidiana: a família, o trabalho, os demais círculos sociais, o lazer e o exercício de seus direitos civis ⁽⁵⁾.

Tipos de CAPS:

- » CAPS para adultos (CAPS II ou III);
- » CAPS infantil (CAPSi), para crianças e adolescentes;
- » CAPS álcool e outras drogas (CAPSad) II ou III, para crianças, adolescentes e adultos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Estrutura da Equipe

As equipes de CAPS podem ser compostas por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, redutores de danos, musicoterapeutas, oficinairos, cuidadores, educadores físicos, dentre outros.

O CAPSad é o serviço de saúde mental voltado para o cuidado a crianças, adolescentes e adultos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, enquanto os CAPS são serviços que atendem a adultos com transtornos mentais graves. Na ausência de CAPSad, pode-se solicitar acompanhamento ao CAPS II ou CAPS III de referência para o território.

Horário de funcionamento

CAPS II - 8h às 17h e quando houver terceiro turno até às 19h ou 21h

CAPS III - serviço de funcionamento 24h por dia

Atenção de Urgência e Emergência

Os pontos de atenção da Rede de Atenção à Urgência e Emergência – SAMU 192, Salas de Estabilização, UPA 24 horas, Coordenadores de Emergência Regional (CER) e serviços de atendimento à emergências em Hospitais Gerais – são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência. Muitas dessas situações em saúde mental e em álcool e outras drogas acessam as Unidades de APS, dessa forma, no decorrer deste capítulo serão dadas orientações sobre como atuar nas situações de crises e emergências.

Os quadros a seguir visam auxiliar a classificação de risco e orientar sobre possíveis encaminhamentos. É importante ressaltar que os encaminhamentos propostos referem-se a caminhos possíveis para todas as situações descritas a partir da avaliação da necessidade apresentada pelo caso

Classificação de risco em saúde mental para problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Prioridade Vermelha ► Atendimento Imediato

Sintomas:

- » Usuário com agitação psicomotora extrema, confusão mental, desorientação, apatia, letargismo, mutismos, maneirismo, com sinais de intoxicação alcoólica ou de outras drogas psicoativas.
- » Alteração do comportamento com risco imediato de violência. Possível distúrbio metabólico decorrente de doença orgânica ou intoxicação. Ideação suicida. Tentativa de suicídio recente com persistência de ideação.
- **Caso o paciente apresente alguma questão clínica que represente risco de vida, deve-se restabelecer este quadro no momento do atendimento. Solicite ao médico a avaliação do paciente nestas situações.**

Possíveis encaminhamentos:

- » Discussão do caso com profissionais de Saúde Mental do NASF ou com o serviço de saúde mental de referência.
- » Encaminhamento para o CAPS de referência para avaliação diagnóstica; elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS); acompanhamento.
- » Atendimento do usuário no serviço de Urgência/Emergência
- » Vaga Zero - Regulação para os leitos de SM Hospital Geral.

Prioridade Amarela ► Paciente deve ser avaliado no mesmo dia

Sintomas:

- » Agitação menos intensa, porém consciente. Estado de pânico.
- » Potencialmente agressivo, alucinação, delírio, desorientação, vítimas de abusos sexuais, depressão grave, egresso de internação psiquiátrica, ideação suicida, porém acompanhado de familiar.
- **Caso o paciente apresente alguma questão clínica que represente risco de vida, deve-se restabelecer este quadro no momento do atendimento. Solicite ao médico a avaliação do paciente nestas situações.**

Possíveis encaminhamentos:

- » Discussão do caso com profissionais de Saúde Mental do NASF ou com o serviço de saúde mental de referência.
- » Encaminhamento para o CAPS de referência para avaliação diagnóstica; elaboração de PTS; acompanhamento.
- » Encaminhamento para ambulatório especializado, mantendo a coordenação do cuidado pela APS.

Prioridade Verde ► Paciente deve ser avaliado no mesmo dia

(pois pode evoluir para situações de maior gravidade)

Sintomas:

- » Pensamentos suicidas. Gesticulando muito, mas não agitado. Sem risco imediato para si ou outrem. Uso abusivo de álcool e outras drogas. Depressão moderada.
- **Caso o paciente apresente alguma questão clínica que represente risco de vida, deve-se restabelecer este quadro no momento do atendimento. Solicite ao médico a avaliação do paciente nestas situações.**

Possíveis encaminhamentos:

- » Acompanhamento pela Equipe de APS, conforme PTS elaborado.
- » Inserção em atividades na unidade ou na comunidade.
- » Discussão do caso com profissionais de Saúde Mental do NASF ou com o serviço de saúde mental de referência para avaliar a necessidade de encaminhamento para ambulatório especializado, mantendo a coordenação do cuidado pela APS.

Prioridade Azul ► Agendar consulta em até 15 dias

Sintomas:

- » Depressão leve, impusividade, insônia, ansiedade, estado mental normal.
- » Usuários crônicos de benzodiazepínicos.
- » Quadros estáveis de transtornos mentais.
- » Egressos de serviços de saúde mental com projeto terapêutico definido.
- » Casos brandos de álcool de outras drogas.

Possíveis encaminhamentos:

- » Acompanhamento pela Equipe de APS, conforme PTS elaborado.
- » Inserção em atividades na unidade ou na comunidade.
- » Discussão com os profissionais de Saúde Mental do NASF e compartilhamento do cuidado ou com o serviço de saúde mental de referência.

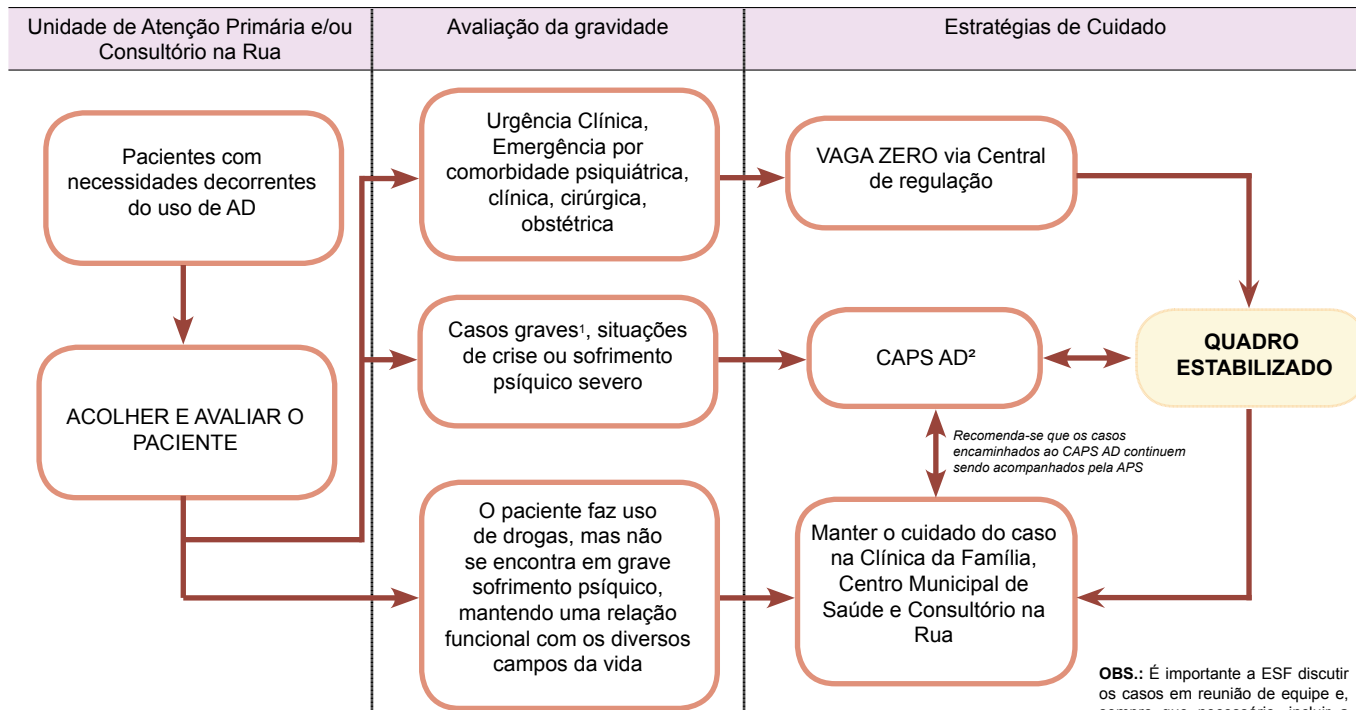
Fonte: Adaptado do Protocolo para Atenção à Demanda Espontânea de Pessoas em Sofrimento Mental nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2011 ⁽⁶⁾

Ressalta-se que há casos complexos e graves de uso nocivo de álcool e outras drogas que se recusam a seguir tratamento no CAPS ou outro serviço de saúde mental, mesmo tendo indicação para tal, por uma questão de vinculação e de deslocamento, preferindo manter o atendimento somente na Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde de sua referência. Nessas situações a atenção deve ser garantida, com o uso das ferramentas disponíveis na APS e apoio do NASF ou outros matriciadores de saúde mental do território.

Devido à relação de confiança que os membros da equipe de APS possuem com os usuários de sua referência, é comum que a família solicite apoio para lidar com familiares em uso nocivo de álcool ou outras drogas. As visitas domiciliares e as consultas são espaços valiosos de construção de vínculo com usuários de álcool ou outras drogas que não frequentam o serviço de saúde (7).

Há vantagens importantes no cuidado dessa clientela pela APS, sobretudo quando há apoio matricial por profissionais do NASF ou do CAPS. Como a adesão ao tratamento é muito difícil, a preferência quanto ao dispositivo de tratamento pode ser definida pelo paciente.

Fluxo para atenção a adultos, crianças e adolescentes em uso prejudicial de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas



¹ Usuários que apresentam sofrimento intenso, que fazem uso prejudicial de drogas agregando situações de vulnerabilidade clínica e social.

² Há casos graves que não desejam o tratamento no CAPS AD que serão acompanhados pela APS, com apoio do CAPS AD.

A gravidade dos casos deve ser avaliada conforme a “Classificação de risco em saúde mental para problemas relacionados ao uso de drogas e outras drogas” na página 12.

Redução de danos

A Associação Internacional de Redução de Danos ⁽⁸⁾ define a RD como:

“um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. (...) se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Redução de Danos beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade.”

Os problemas decorrentes do uso de drogas envolvem múltiplas dimensões, para além da saúde, que podem ter graves consequências para os indivíduos e para a coletividade.

Evidências indicam que muitas pessoas não deixarão de consumir drogas e que a atitude mais racional e eficaz para minimizar as consequências adversas do seu uso – drogas lícitas ou ilícitas – está no desenvolvimento de políticas de saúde pública que possibilitem que este consumo se faça em condições que ocasionem o mínimo possível de danos ao indivíduo consumidor e à sociedade.

Pode-se falar em três princípios norteadores da Redução de Danos: **pragmatismo, tolerância e diversidade**.

Diante disso é preciso ser **pragmático** ao tratar do uso de substâncias na sociedade, construindo ações com o intuito de reduzir danos eventuais do uso de substâncias.

Ao respeitar as escolhas dos indivíduos, somos **tolerantes** com as escolhas e comportamentos das pessoas mesmo que diferentes do que consideramos ideal, incluindo o uso de substâncias e práticas sexuais, evitando preconceitos e desconstruindo o estigma do usuário de drogas.

É preciso considerar a **diversidade**, cabendo a cada indivíduo construir com as equipes que o acompanham alternativas para melhorar a condição em que vive.

Estratégias de Redução de Danos relacionadas ao uso de álcool e outras drogas:

- » Garantir o acesso aos serviços da rede de saúde;
- » Continuidade de oferta de cuidados integrais;
- » Oferta de testes rápidos de sífilis, hepatite B e C, HIV e tratamento adequado quando necessário;
- » Construção de vínculo;
- » Entrega de insumos na unidade e no território: preservativos, gel lubrificante, manteiga de cacau, água mineral, entre outros;
- » Dar informações claras e corretas sobre os efeitos do uso de substâncias.

A entrega de insumos não tem o intuito de ser uma ação fim, visa diminuir riscos e, acima de tudo, é uma possibilidade da construção de vínculo e de cuidado integral à saúde do sujeito. No momento da entrega, quando os profissionais de saúde se colocam de maneira horizontal frente ao usuário, sem julgamentos no que se refere ao uso de drogas, respeitando o momento de cada um, contribui-se para o acesso ao serviço de saúde, a outras ações de cuidado e para a construção de autonomia.

Sendo assim, a abstinência não deve ser o único meio de tratar o uso de álcool e outras drogas, ela é apenas uma entre outras possibilidades. O respeito pela liberdade individual deve nortear a assistência aos usuários de drogas.

Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas

Padrão de consumo

Existem diferentes formas de uso do álcool e outras drogas e o padrão de uso nocivo não tem necessariamente relação direta com a quantidade ingerida, sendo possível consumir substâncias sem que isso traga prejuízo à saúde e à qualidade de vida. Por isso, as equipes devem sempre investigar o padrão de consumo das pessoas sob seu cuidado, pois durante a investigação é possível detectar níveis de gravidade e observar rituais de uso, sendo importante evitar perguntas genéricas com respostas sim ou não, além de estabelecer estratégias de mudanças ⁽⁹⁾. O consumo de drogas ilícitas pode trazer riscos ligados à infração da Lei, e isto também deve ser levado em conta na discussão com os usuários.

O padrão de uso pode ser caracterizado como recreativo/ocasional, habitual, nocivo ou configurar dependência ⁽¹⁰⁾.

Uso recreativo/ ocasional: refere-se à experimentação, ao uso lúdico, sem provocar prejuízos ao cotidiano da vida da pessoa. A droga representa um objeto de prazer.

Uso habitual: a droga ganha um lugar especial na vida do sujeito, podendo sendo consumida até diariamente. Ela pode tanto fazer parte da sua vida, não oferecendo prejuízos, como também demonstrar que algo não vai bem, podendo o usuário não investir mais em seus interesses, havendo perdas afetivas e materiais.

De acordo com o CID 10, a distinção entre uso nocivo e um quadro de dependência em relação a uma substância é feita da seguinte forma:

Critérios do CID-10 para Uso Nocivo de Substâncias:

- O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário.
- Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais adversas de vários tipos.

Critérios do CID-10 para Dependência de Substâncias:

O diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes itens são experienciados ou manifestados durante o último ano:

1. Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo;
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
5. Abandono progressivo de prazeres alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos;
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas.

Rastreamento

Há instrumentos de rastreamento para avaliação do consumo e seu uso é interessante porque possibilita a identificação precoce de problemas relacionados ao uso de álcool. Ao identificar tais problemas é importante que o profissional tenha cuidado para não assumir uma postura de julgamento, mas realizar ações preventivas, propondo ao usuário a possibilidade de refletir sobre o uso de substâncias, sobre a existência de recursos de ajuda (familiar e comunitária) e práticas saudáveis alternativas ao uso de drogas para o lazer e alívio.

Um dos questionários mais indicados é o CAGE que identifica os bebedores de risco, no entanto, não faz o diagnóstico da dependência em si. Após a triagem e identificação dos bebedores de risco por meio do questionário, é possível propor uma intervenção. Para duas respostas positivas no CAGE observa-se boa sensibilidade e especificidade, e ao acrescentar duas outras perguntas: “você já teve problemas relacionados ao uso de álcool?” e “você bebeu nas últimas 24 horas?” sua sensibilidade aumenta para 92% ^(9,11).

CAGE (Cut down / Annoyed / Guilty / Eye-Opener)

Você já:

- Pensou em largar a bebida?
- Ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?
- Se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber?
- Bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?

O AUDIT também é um questionário muito utilizado para avaliação do consumo de álcool, assim como o ASSIST, que avalia o uso de álcool e outras drogas. Ambos podem ser usados em situações em que a equipe considerar pertinente e estão disponíveis como anexo (ANEXOS A e B) deste Guia e nos links para download da Plataforma Subpav.

AUDIT - <https://subpav.org/download/prot/Question%C3%A1rio%20AUDIT.pdf>

ASSIST - <https://subpav.org/download/prot/Question%C3%A1rio%20ASSIST.pdf>

Uma vez confirmado o padrão de uso prejudicial da substância, algumas abordagens podem ser utilizadas, como as descritas no tópico *Abordagem Psicossocial: manejo na APS*.

Diagnóstico e tratamento de transtornos ligados ao consumo de álcool

Sobre o álcool

Trata-se de uma substância química produzida a partir da fermentação do açúcar, encontrado em uma série de produtos de origem vegetal (cana-de-açúcar, frutas, arroz, mandioca, etc).

Danos físicos ao organismo devido ao consumo nocivo de álcool

Sistema digestivo	Além das manifestações agudas de queimação, dor de estômago, vômitos e náusea, o uso crônico pode ocasionar primeiramente esteatose hepática e posteriormente fibrose, ou seja, a cirrose hepática. Devido à cirrose, formam-se varizes, que são, normalmente, a causa dos sangramentos digestivos que os grandes consumidores de álcool manifestam. Risco aumentado para pancreatite e câncer do fígado.
Sistema cardiovascular	O consumo de álcool (especialmente os vinhos tintos, que possuem uma substância antioxidante e adstringente chamada tanino) parece diminuir os riscos de aparecimento de doenças, porém não há evidências para recomendar o uso de álcool como prevenção cardiovascular. No entanto, diante de uso abusivo cronicado, verifica-se risco aumentado de hipertensão arterial, arteriosclerose, infarto do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e miocardiopatia. Observa-se também impacto na adesão ao tratamento medicamentoso para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e demais doenças crônicas que alteram o risco cardiovascular.
Sistema endócrino	Maior incidência de diabetes.

Alterações no desenvolvimento fetal

O consumo de álcool durante a gestação pode resultar em uma série de anormalidades denominadas distúrbios do espectro alcoólico fetal, que incluem dismorfismos faciais, déficit de crescimento e anormalidades do sistema nervoso central, sendo a Síndrome Alcoólica Fetal a sua forma mais grave. Tais distúrbios são reconhecidos como principal causa evitável de anomalias congênitas e alterações do desenvolvimento infantil. Os distúrbios do espectro alcoólico fetal devem ser considerados e investigados nas seguintes situações: consumo conhecido ou suspeito de álcool durante a gestação; peso, comprimento ou perímetro cefálico abaixo do percentil 10, no decorrer da gestação ou após o nascimento; dismorfismos faciais (fenda palpebral pequena, lábio superior fino, filtro nasal mal delimitado); anormalidades do Sistema Nervoso Central (SNC), tais como: anomalias cerebrais graves (p. ex.: microcefalia), comprometimentos neurológicos (p. ex.: convulsões não febris, problemas motores); atraso no desenvolvimento neuromotor ou comprometimento intelectual.

Distúrbios neuropsiquiátricos

O uso excessivo de álcool afeta a capacidade cognitiva, aumenta a impulsividade, prejudicando a capacidade de julgamento. Pode ocorrer encefalite devido à carência nutricional crônica de vitamina B1. Tem como sintomas principais o surgimento abrupto de oftalmoplegia, ataxia e confusão mental, situação conhecida como encefalopatia de Wernicke. Quando esses sinais e sintomas vêm acompanhados por amnésia retrógrada e anterógrada, tem-se a chamada síndrome de Wernicke-Korsakoff. O prognóstico é ruim, com cerca de 80% dos casos evoluindo para um quadro irreversível de demência. O tratamento precoce da encefalopatia de Wernicke com tiamina pode prevenir a síndrome de Korsakoff, também chamada transtorno amnésico persistente induzido pelo álcool. Outros: transtorno psicótico induzido pelo álcool com delírios ou alucinações, depressão, blecautes, convulsões, neuropatia periférica alcoólica, degeneração cerebelar alcoólica.

Violência

O abuso do álcool possui uma bem demonstrada relação causa-efeito com práticas de violência, em particular a violência doméstica, tanto física quanto psicológica, tanto contra mulheres quanto contra homens – embora os homens sejam os principais agressores e as mulheres as principais vítimas.

Sexualidade

O uso do álcool pode causar disfunção erétil e alterar a libido. A intoxicação alcoólica pode estimular comportamentos de risco relacionados às ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e HIV/AIDS.

Quadros clínicos e o tratamento indicado em cada caso:

Intoxicação Alcoólica Aguda (CID10 F10.0)

A intoxicação alcoólica aguda ocorre em consequência do consumo excessivo do álcool e provoca prejuízos ao sistema nervoso central. Observa-se alterações comportamentais e psicológicas, euforia leve, fala arrastada, evoluindo para tontura, ataxia, prejuízo na coordenação motora ou coma. A intensidade da sintomatologia tem relação direta com a alcoolemia, da mesma forma, deve-se levar em consideração a velocidade da ingestão e o consumo de alimentos. De acordo com o estado do paciente devem-se conduzir medidas gerais de suporte à vida, a maioria dos casos não requer tratamento farmacológico, no entanto, ao observar alcoolemia a partir de 150mg% deve-se intervir ^(9,11).

Tratamento:

- Por ser em geral um processo autolimitado, muitas vezes basta assegurar a interrupção da ingestão de álcool, proporcionar ambiente seguro e livre de estímulos, e posicionar o paciente em decúbito lateral (para evitar, em caso de vômito, a broncoaspiração).
- No caso de comportamento heteroagressivo, pode ser necessária a contenção física no leito e a contenção química. Nesse caso utiliza-se de preferência um neuroleptico de alta potência, como haloperidol 5mg IM, aplicado em intervalos de 30 minutos, até a sedação. Alcançada a sedação, abandona-se a contenção física.
- O uso de soro fisiológico e glicose hipertônica é recomendada apenas no caso de evidência de desidratação e hipoglicemia.
- Deve-se evitar a utilização de medicações com efeito cruzado em associação ao álcool, como os benzodiazepínicos e anti-histamínicos (prometazina) e investigar o uso destas medicações pelo indivíduo.

ATENÇÃO

Outras medicações podem ser usadas, como a Tiamina 300mg IM, para profilaxia da encefalopatia de Wernicke (se houver indicação de uso de glicose hipertônica, aplicar a Tiamina 30 minutos antes, pois a glicose pode precipitar quadro de encefalite).

Níveis plasmáticos de álcool (mg%), sintomatologia e conduta

ALCOOLEMIA (mg%)	QUADRO CLÍNICO	CONDUTA
30	Euforia, excitação e alteração leve da atenção.	Ambiente calmo e monitoramento dos sinais vitais.
50	Incoordenação motora discreta, alteração do humor, da personalidade e do comportamento.	Ambiente calmo e monitoramento dos sinais vitais.
100	Ataxia, piora do humor, piora dos reflexos sensitivos e redução da concentração.	Monitoramento dos sinais vitais, cuidados para manutenção de via aérea livre, observar risco de broncoaspiração de vômitos.
200	Piora da ataxia, náuseas e vômitos.	Internação, cuidados para manutenção de via aérea livre, observar risco de broncoaspiração, aplicar tiamina IM.
300	Disartria, amnésia, hipotermia e anestesia.	Internação, cuidados gerais para manutenção da vida, aplicar tiamina IM.
400	Coma e morte (bloqueio respiratório central).	Emergência, cuidados intensivos para a manutenção da vida, diretrizes de tratamento do coma.

Fonte: Protocolo de atenção em saúde mental. Florianópolis, 2010 ⁽¹¹⁾

Síndrome da Abstinência do Álcool (SAA)

A SAA é um conjunto de sintomas e sinais característicos que surgem quando há diminuição ou abstinência do consumo do álcool, com duração média de 7 a 10 dias. Aproximadamente 3% dos casos apresentam crises convulsivas, normalmente nas primeiras 48h de abstinência e autolimitadas, não demandando nenhum tratamento específico. Cerca de 70 a 90% dos dependentes apresentam o quadro de leve a moderado, 5% o quadro grave e sua mortalidade gira em torno de 1%. Dependendo do comprometimento do usuário a SAA pode ser classificada como nível I ou II, como descrito posteriormente ⁽⁹⁾.

Critérios diagnósticos para SAA - Organização Mundial da Saúde (OMS)

A. Deve haver evidência clara de interrupção ou redução do uso de álcool, após uso repetido, usualmente prolongado e/ou em altas doses.

B. Três dos sinais devem estar presentes:

- (1) tremores da língua, pálpebras ou das mãos quando estendidas;
- (2) sudorese;
- (3) náusea, ânsia de vômito ou vômitos;
- (4) taquicardia ou hipertensão;
- (5) agitação psicomotora;
- (6) cefaleia;
- (7) insônia;
- (8) mal estar ou fraqueza;
- (9) alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias; e,
- (10) convulsões tipo grande mal.

Fonte: Abuso e Dependência do Álcool. Associação Brasileira de Psiquiatria - Projeto Diretrizes, 2002 ⁽⁹⁾

ATENÇÃO

Se há presença de *delirium*, o diagnóstico deve ser “estado de abstinência alcoólica com *delirium*” (*delirium tremens*) (F10.4). Sem e com convulsões (F10.40 e 41).

Síndrome de Abstinência do Álcool Nível I

Levando-se em consideração o comprometimento do usuário, a SAA nível I é classificada como leve/moderado, normalmente surgindo nas primeiras 24 horas após a última dose. Caracteriza-se pela presença de leve agitação, tremores finos de extremidades, o contato com o profissional de saúde está íntegro, o paciente encontra-se orientado temporoespacialmente, mora com familiares ou amigos e essa convivência está regular ou boa, sua atividade produtiva vem sendo desenvolvida, alteração do sono, da senso-percepção, do humor, aumento da frequência cardíaca, pulso e temperatura. Alucinações são raras. ^(9,11,12)

Tratamento:

A CIWA-Ar é uma ferramenta para aferição do nível de gravidade da SAA e pode determinar a escolha do local mais adequado para o tratamento: com escore igual ou maior que 20, o paciente deve ser encaminhado para uma unidade hospitalar (emergência) para internação. Escores menores do que 20 permitem a desintoxicação domiciliar ou ambulatorial (na unidade de APS), considerando-se os recursos do local. ⁽⁹⁾

Abaixo apresentamos o instrumento de avaliação da CIWA-Ar para utilização, caso necessário, o qual está disponível para download na Plataforma Subpav no link <https://subpav.org/download/prot/Question%C3%A1rio%20CIWA%20Ar.pdf>

ESCALA 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) Grave, 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?

(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave

5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?

(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave

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 moderadas	(6) Alucinações moderadas	(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) Não	(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
(4) Desorientado com o lugar e pessoa

(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

ESCORE: _____

Critérios diagnósticos: 0-9 SAA leve; 10-18 SAA moderada; > 18 SAA grave

Recomendação de tratamento:

- Dieta livre;
- Hidratação;
- Para a profilaxia da encefalopatia de Wernicke (ataxia, confusão mental, paralisia ocular): Tiamina 300 mg IM ao dia por 7 dias. Após, prescrever Tiamina 300 mg VO/dia por mais 2 semanas;
- O uso de benzodiazepínicos é sintomático. Recomenda-se benzodiazepínicos de meia vida longa. Ex.: Diazepam 20 a 40 mg/dia VO, com retirada gradual com início em 7 dias. Nos casos de hepatopatia grave, preferir Lorazepam, por ter menos efeitos hepatotóxicos, 4 a 8 mg/dia VO, com retirada gradual em 7 dias.

Após o manejo da situação clínica descrita acima, orienta-se que a APS inclua no tratamento destes pacientes consultas frequentes para monitoramento clínico e abordagem familiar, pois tanto o paciente quanto sua família devem estar bem orientados sobre a doença e sobre a necessidade de retornar à unidade de APS ou serviço emergência caso haja agravamento clínico. ^(9,11)

Síndrome de Abstinência do Álcool Nível II

O comprometimento da Síndrome de Abstinência do Álcool no nível II é grave e em torno de 5% dos pacientes evoluem para este estágio, ocorrendo aproximadamente 48 horas após a última dose. Muitas complicações relacionadas à SAA são decorrentes de uma avaliação inadequada, e no nível II observa-se inexistência na rede social de apoio ou muito restrita ao ritual de uso do álcool, agitação psicomotora intensa, tremores generalizados, prejuízo do contato com o profissional de saúde, desorientação temporo-espaçialmente, alucinações auditivas, táteis e visuais. ^(9,12)

Há casos em que a SAA evolui com maior ou menor gravidade, podendo ser complicada por *Delirium Tremens* (DT) com piora ao entardecer (*sundowning*), ocorrendo em aproximadamente 3% dos pacientes, cerca de 72 horas após a última dose ou convulsões (cerca de 10 a 15%). O DT é um evento com risco de morte e de sequelas dentre aqueles que não recebem tratamento adequado e tem duração de 2 a 10 dias, podendo se prolongar por semanas. As características do DT são: presença de confusão mental, despersonalização, humor intensamente disfórico, alucinações visuais intensas e sensoriais, alternado da apatia até a agressividade. Deve-se atentar para a diferenciação com o traumatismo craniano e doenças epileptiformes. ^(9,11)

Tratamento:

Os pacientes com SSA Nível II deverão ser encaminhados para o tratamento hospitalar, por se tratar de um ambiente mais seguro para o manejo de possíveis complicações, devido a gravidade e estado confusional do quadro do paciente e a necessidade de exames laboratoriais de controle. ^(9,11,12)

Durante a espera pela ambulância, pode-se iniciar o manejo clínico:

- Dieta leve. Em caso de confusão mental manter o paciente em jejum devido ao risco de aspiração. Nesses casos proceder a: Hidratação EV com 1000 ml de solução glicosilada 5% + NaCl 20% 20 ml no soro + KCl 19,1% 10 ml no soro: de 8/8 horas.
- Tiamina 300 mg/ dia IM por 7 dias e VO por mais 14 dias. Aumentar a dose diária em caso de sintomas da síndrome de Wernicke.
- A prescrição de benzodiazepínicos é sintomática. Preferência por diazepam 10-20 mg VO a cada hora (máximo de 60 mg/dia) ou clordiazepóxido 50-100 mg VO a cada hora (máximo de 200 mg/dia). No caso de hepatopatia grave, preferir Lorazepam 2-4 mg VO a cada hora (máximo 12 mg/dia).
- A contenção física poderá ser necessária até a sedação do paciente.

ATENÇÃO: Uso de benzodiazepínico EV necessita de suporte ventilatório devido ao risco de eventual parada respiratória, portanto, NÃO pode ser realizado na unidade de APS.

Situações graves especiais

Em caso de convulsões:

- Diazepam 10 mg EV ou Diazepam 60 mg VO ao dia.
- Sulfato de Magnésio 1 g IM 6/6 horas por 2 dias.
- *Delirium Tremens*: forma grave de SAA. Desenvolve-se de 1 a 4 dias após aparecimento dos sintomas de SAA. Pode levar ao óbito. Reversível em 2/10 dias.
- Se alucinose alcoólica: fazer haloperidol 5 mg IM ao dia.

Manejo farmacológico dos transtornos relacionados ao uso de álcool

O tratamento farmacológico é uma importante ferramenta médica, no entanto, não deve ser pensada como a principal estratégia terapêutica, visto que diversos fatores, além dos biológicos, contribuem para os transtornos relacionados ao uso do álcool. ⁽¹¹⁾

Ao avaliar o paciente, é necessário verificar não apenas comorbidades clínicas, mas também as psiquiátricas: depressão, transtorno bipolar do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, esquizofrenia, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), etc. O tratamento destas comorbidades é importante na abordagem do alcoolismo.

Dissulfiram

O uso de Dissulfiram para interrupção do consumo de álcool é bastante controverso e deve ser evitado. No entanto, algumas informações importantes quanto à sua utilização devem ser apontadas:

- Inibe a oxidação do acetaldeído (produto do metabolismo do álcool) pela enzima aldeído desidrogenase hepática e é por isso que a ingestão de álcool durante o tratamento com Dissulfiram provoca uma incômoda e desagradável resposta (vômitos, ce-

faleias, dispneia, sudorese, precordialgias). O acúmulo do acetaldeído é responsável por estes efeitos desagradáveis, que persistem até que o álcool seja metabolizado, sem interferir na sua eliminação. O Dissulfiram é absorvido e eliminado lentamente, fazendo com que os efeitos persistam por até uma ou duas semanas depois de ingerida a última dose do medicamento.

- Não deve ser administrado até que o paciente tenha suspenso a ingestão de álcool por pelo menos por 12 horas. Dose inicial: 500mg/dia durante uma ou duas semanas. Dose de manutenção: 250mg/dia. As reações provocadas pelo consumo de álcool pelo paciente durante o tratamento com Dissulfiram podem requerer tratamento.

Diagnóstico e tratamento de transtornos ligados a outras drogas

O consumo de substâncias ilícitas é reconhecido como um problema de saúde pública, que pode envolver diferentes dimensões da vida dos usuários e suas famílias. Uma parcela significativa de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas procura ajuda em unidades da APS, com queixas inespecíficas principalmente relacionadas ao estado de humor, sintomas de pânico ou psicose. Desta forma, é fundamental que os profissionais destas unidades estejam atualizados a respeito das manifestações clínicas das diferentes substâncias disponíveis hoje para consumo.

No Brasil, observamos um aumento de utilização de substâncias ilícitas tais como maconha, cocaína, crack e ecstasy, além de um consumo elevado de álcool e solventes. Em contrapartida, o uso de opioides é inexpressivo e não iremos discutir seu manejo neste Guia.

As condições clínicas resultantes dos distintos padrões de uso de drogas incluem a intoxicação aguda por sedativos, a intoxicação ou overdose por estimulantes, o uso prejudicial ou uso arriscado de drogas, a dependência da maconha, a dependência de opioides, a dependência de estimulantes, a dependência de benzodiazepinas, e seus estados correspondentes de abstinência.⁽¹³⁾ Veja a seguir o guia de orientação para avaliação e manejo de casos de urgência em intoxicação aguda ou overdose de um estimulante ou overdose de um sedativo.

Na avaliação do consumo de drogas ilícitas, é importante não deixar transparecer juízo de valor. É possível indagar com naturalidade sobre o seu uso depois de perguntar sobre cigarros, álcool e qualquer outra droga que seja relevante. Além disso, entender o padrão e quantidade consumida, além de comportamentos de risco relacionados ao uso das substâncias, tais como via de administração, atividades durante a intoxicação, implicações financeiras, situações de violência, pode ajudar a construir um plano de cuidado centrado na pessoa.

Guia para Avaliação e o Manejo de casos de Urgência

1. A pessoa está em estado de intoxicação aguda ou overdose de um estimulante?

- Pupilas dilatadas
- Excitação, pensamento acelerado e desorganizado, paranoia
- Uso recente de cocaína ou de outros estimulantes
- Pulso e pressão arterial aumentados
- Comportamento agressivo, imprevisível ou violento

SIM

Intoxicação aguda ou overdose de cocaína ou estimulante do tipo anfetamina

Dê diazepam em doses fracionadas até que a pessoa se acalme e fique sedada.

Se os sintomas psicóticos não responderem aos benzodiazepínicos, pense em usar antipsicóticos de ação rápida.

NÃO introduza antipsicóticos de longa duração.

Monitore a pressão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a temperatura de 2 em 2 horas.

Se a pessoa se queixar de dor no peito, se apresentar taquiarritmias ou se tornar violenta ou incontrolável, transfira imediatamente para um hospital.

Durante a fase pós-intoxicação, fique atento a pensamentos ou atos suicidas.

2. A pessoa está sob uma overdose de um sedativo

Overdose de um sedativo ou de mistura de drogas com ou sem overdose de álcool

- Sem reação ou com reações mínimas
- Frequência respiratória baixa

SIM

Se:
Frequência respiratória < 10
ou
Saturação de oxigênio < 92%

Mantenha desimpedidas as vias aéreas, cuide da **respiração e da circulação**.

Avaliar sinais vitais (PA, FC, FR, Tax, Pulso).

Em casos graves, como FR < 10, sinais de hipóxia como cianose e outros pode ser necessária a ventilação mecânica assistida por meio deambu ou outro meio.

FONTE: Adaptado do Manual MI-GAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde. OMS, 2010 (13)

Maconha

Dentre as substâncias ilícitas, a cannabis é a mais consumida no mundo.⁽¹⁴⁾ Observa-se que a maioria dos usuários não se torna dependente, mas a dependência da maconha vem sendo diagnosticada há algum tempo nos mesmos padrões das outras substâncias.⁽¹⁵⁾

Apesar dos estudos sobre a existência de muitos efeitos nocivos da maconha permanecerem inconclusivos, a recomendação é que os profissionais de saúde devam orientar os usuários de maconha sobre os diversos efeitos já comprovados (risco de acidente, danos respiratórios e déficit cognitivo para usuários crônicos, risco de desenvolver dependência para usuários diários e piora de quadros de esquizofrenia), pois há evidências de que seu uso prolongado é capaz de causar prejuízos cognitivos.^(11,15)

Sinais e sintomas decorrentes do consumo de maconha

Efeitos Euforizantes

- Aumento do desejo sexual
- Sensação de identificação do tempo
- Aumento da autoconfiança e grandiosidade
- Risos imotivados
- Loquacidade
- Hilaridade
- Aumento da sociabilidade
- Sensação de relaxamento
- Aumento da percepção das cores, sons, texturas e paladar
- Aumento da capacidade de introspecção

Efeitos Físicos

- Taquicardia
- Hiperemia
- Boca seca
- Hipotermia
- Tontura
- Retardo psicomotor
- Incoordenação motora
- Redução da capacidade para execução de atividades motoras complexas
- Redução da acuidade auditiva
- Aumento da acuidade visual
- Broncodilatação
- Hipotensão ortostática
- Aumento do apetite
- Xerostomia
- Tosse
- Midríase

Efeitos Psíquicos

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| ▪ Despersonalização | ▪ Prejuízos da concentração |
| ▪ Desrealização | ▪ Prejuízo de memória de curto prazo |
| ▪ Depressão | ▪ Letargia |
| ▪ Alucinações e ilusões | ▪ Excitação psicomotora |
| ▪ Sonolência | ▪ Ataques de pânico |
| ▪ Ansiedade | ▪ Auto-referência e paranoia |
| ▪ Irritabilidade | ▪ Prejuízo do julgamento |
-

Fonte: Protocolo de atenção em saúde mental. Florianópolis, 2010 ⁽¹¹⁾

Déficits motores e cognitivos observados durante a intoxicação aguda de maconha

- Redução da capacidade para solucionar problemas e classificar corretamente as informações (por ex., sintetizar da parte para o todo);
 - Habilidades psicoespaciais (por ex., problemas para diferenciar tempo e espaço);
 - Piora da compreensão diante de estímulos sensoriais apresentados;
 - Redução da capacidade para realizar atividades complexas (por ex., dirigir automóveis);
 - Prejuízo da representação mental do ambiente;
 - Redução das atividades da vida diária;
 - Redução da capacidade de transferir material da memória imediata para a memória de longo prazo;
 - Piora das tarefas de memória de códigos;
 - “Ressaca” matinal;
 - Redução da formação de conceitos;
 - Piora da estimativa de tempo;
 - Piora da capacidade de concentração.
-

Fonte: Protocolo de atenção em saúde mental. Florianópolis, 2010 ⁽¹¹⁾

Cocaína e Crack

A cocaína é um potente anestésico local e estimulante do sistema nervoso central. Os quadros agudos causam estado de euforia e sintomas autonômicos, como descritos no quadro abaixo. Ela pode ser administrada por três vias - intranasal, injetável ou via pulmonar - o que diferencia a intensidade dos efeitos e no seu potencial de dependência. ⁽¹¹⁾

Principais sintomas decorrentes do consumo de cocaína	
Sintomas Psíquicos	Sintomas Físicos
<ul style="list-style-type: none">▪ Aumento do estado de vigília▪ Euforia▪ Sensação de bem-estar▪ Autoconfiança elevada▪ Aceleração do pensamento	<ul style="list-style-type: none">▪ Aumento da frequência cardíaca▪ Aumento da temperatura corpórea▪ Aumento da frequência respiratória▪ Tremor leve de extremidades▪ Tiques▪ Midríase▪ Espasmos musculares (especialmente língua e mandíbula)

Fonte: Protocolo de atenção em saúde mental. Florianópolis, 2010 ⁽¹¹⁾

Neste sentido, o crack é a cocaína sob a forma pouco solúvel em água, por isso é fumada em “cachimbos” e sua absorção é via pulmonar. A duração dos efeitos do crack é muito rápida, em torno de cinco minutos, levando os usuários a reutilizarem a droga mais frequentemente. Após o uso, a pessoa apresenta sintomas intensos de depressão e cansaço e, observa-se, que com o uso contínuo, os usuários passam a apresentar comportamento agressivo, irritabilidade, tremores, além de sintomas paranoides.⁽¹¹⁾

Solventes

O solvente encontra-se em segundo lugar como droga de maior uso no Brasil, principalmente entre jovens e adolescentes. Os sintomas iniciais associados ao uso são euforia e desinibição, além de fala pastosa, ataxia, tinidos e zumbidos. Com a continuidade do uso, podem aparecer sintomas de depressão do sistema nervoso, tais como confusão mental, desorientação e possíveis alucinações. A intoxicação aguda pode evoluir para depressão cardíaca e respiratória, convulsão, coma e morte.

Usuários crônicos podem apresentar quadros neurológicos graves, com atrofia cerebelar e cortical e consequente ataxia e distúrbios cognitivos. Outras complicações possíveis são neuropatias, insuficiência renal ou hepática, pneumopatias, tosse e broncoespasmo.

A abordagem das complicações deve incluir tratamento específico para cada complicação de acordo com as melhores evidências disponíveis.

Manejo medicamentoso dos quadros relacionados ao uso de Maconha, Cocaína e Solventes:

Não existe tratamento medicamentoso específico. Além das intervenções mencionadas anteriormente neste Guia, o profissional da APS deve manejar os sintomas de abstinência na medida em que forem aparecendo, por exemplo, as náuseas com antieméticos, a dor com analgésicos simples e a insônia com sedativos leves.

Sintomas depressivos ou ansiosos podem surgir no período de retirada. É importante estar atento a comorbidades psiquiátricas, que podem piorar neste momento e avaliar risco de suicídio (para mais informações consultar o *Guia Rápido de Abordagem ao Suicídio na APS*).

Encontra-se em anexo um quadro com os principais códigos da CID-10 e CIAP-2 ⁽¹⁶⁾ (Classificação Internacional de Atenção Primária - CIAP), relacionados ao uso destas substâncias (ANEXO C). A CIAP tem recebido reconhecimento progressivamente maior em nível mundial como uma classificação apropriada para medicina de família e comunidade e atenção primária, pois constitui uma classificação que reflete distribuição e conteúdo típicos da APS.

Uso abusivo de benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são fármacos prescritos para tratamento da insônia, ansiedade e no tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, no entanto, esta prescrição é realizada de modo indiscriminado, podendo gerar uso abusivo destas substâncias e causar dependência. A maior prevalência do uso indiscriminado encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. ^(11,17)

As complicações mais frequentes no uso desses medicamentos são a tolerância e a dependência, e síndrome de abstinência quando de sua retirada. Os casos de dependência, na maioria das vezes, estão relacionados ao uso muito prolongado e com doses acima das habituais, mas pode acontecer mesmo em doses terapêuticas.^(11,18) Deve-se atentar também para algumas complicações, como os efeitos colaterais (sonolência excessiva diurna, piora da memória, quedas e fraturas etc) e custos socioeconômicos (risco aumentado de acidentes no tráfego, em casa, no trabalho; risco aumentado de tentativas de suicídio, especialmente em depressão; redução da capacidade de trabalho, etc).^(17,19)

A síndrome de abstinência ocorre em 50% dos pacientes com uso abusivo por mais de 12 meses. Os sintomas começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a suspensão do medicamento de meia-vida curta (midazolam, alprazolam, bromazepam, lorazepam) e de 5 a 10 dias após a suspensão daqueles de meia-vida longa (clonazepam, diazepam, clordiazepóxido), podendo também ocorrer após a diminuição da dose.^(17,18)

Os sinais e sintomas da síndrome de abstinência por benzodiazepínicos são:

Sinais menores		Sinais maiores
Físicos	Psíquicos	
<ul style="list-style-type: none"> ● Tremores ● Sudorese ● Palpitação ● Letargia ● Náuseas ● Vômitos ● Anorexia ● Sintomas gripais ● Cefaleia ● Dores Musculares 	<ul style="list-style-type: none"> ● Insônia ● Irritabilidade ● Dificuldade de concentração ● Inquietação ● Agitação ● Pesadelos ● Disforia ● Prejuízo de memória ● Despersonalização 	<ul style="list-style-type: none"> ● Convulsões ● Alucinações ● <i>Delirium</i>

Fonte: Protocolo de atenção em saúde mental. Florianópolis, 2010 ⁽¹¹⁾

Tratamento da dependência dos benzodiazepínicos

A dependência é uma das complicações mais graves, caracterizada pela perda de controle sobre o consumo do medicamento com intensos prejuízos individuais e sociais e por isso deve ser tratada, diferentemente do que acontece com a tolerância e a síndrome de abstinência, os quais são mais facilmente reversíveis e acontecem naturalmente como consequência à exposição ao medicamento. ^(18,19)

Recomenda-se a retirada gradual da medicação mesmo para os pacientes que usam doses terapêuticas, aconselhando-se motivar o paciente, por meio de um processo firme e empático e estabelecendo-se um cronograma de retirada levando em consideração tempo de uso, comorbidades psiquiátricas e a motivação do paciente. Quanto ao método de retirada gradual, há vantagens relacionadas ao menor índice de sintomas e maior possibilidade de sucesso, além de facilmente executável e de baixo custo. ^(11,17,19)

Nos casos de desconforto da síndrome de abstinência, aqueles pacientes que conseguem manter por pelo menos 5 semanas, apresentam melhora na qualidade de vida e na ansiedade. Àqueles pacientes que não conseguem concluir o plano de redução gradual do medicamento podem se beneficiar da troca para um agente de meia-vida mais longa, como o diazepam ou clonazepam. ^(11,17,19)

Medidas não farmacológicas devem ser consideradas no tratamento da dependência. Nas fases durante a redução da dose e após a retirada do benzodiazepínico, processos de psicoeducação e psicoterapia podem ser recomendáveis, podendo ajudar o paciente a distinguir entre os sintomas de ansiedade e abstinência, oferecendo suporte por longo prazo, oferecer informações sobre estes medicamentos, reassuramento da capacidade de lidar com estresse e ansiedade sem o medicamento, bem como, ênfase na melhora da qualidade de vida. Orientações e psicoterapia em grupo podem ser úteis na motivação do paciente. ^(17,19)

Muitas pessoas com depressão e transtornos ansiosos ainda são tratadas exclusivamente com benzodiazepínicos, quando a classe de psicofármacos mais recomendada deveria ser dos antidepressivos, pois estes medicamentos são úteis no manejo dos transtornos do humor (depressão maior e menor, transtorno afetivo bipolar, distímia, ciclotomia etc.), transtornos de ansiedade (obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada, fobia social, pânico, estresse pós-traumático, etc.) como também para o tratamento de outras condições. ⁽²⁰⁾

Abordagem Psicossocial: manejo na APS

■ Aconselhamento em Redução de Danos

O Aconselhamento em Redução de Danos se processa em uma prática educacional, já que muitas vezes ele ocorre em campo, nos locais onde os usuários de drogas estão, tais como: ruas, praças e bares. O reconhecimento de barreiras de acesso aos serviços de saúde enfrentadas por usuários de drogas gerou a necessidade de rever algumas práticas em saúde, tendo como principal objetivo a prevenção do HIV/Aids e outras doenças transmissíveis entre estes pacientes, buscando incentivar o acesso desta população aos serviços de saúde, quebrar as barreiras e construir vínculos, conseqüentemente, trabalhando no fortalecimento da cidadania.

Deve-se refletir sobre alguns pontos nas práticas de aconselhamento preconizado pelo SUS para o atendimento de usuários de drogas: ⁽²¹⁾

- 1) Acesso
- 2) Escuta
- 3) Ética
- 4) Inclusão Social

Como orientação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, todo usuário que chegar à Unidade de Atenção Primária com uma demanda de cuidado em saúde deve ser recebido, escutado e avaliado pela sua Equipe, no mesmo dia, preferencialmente no mesmo turno, a fim de que se possa identificar a necessidade e a resposta terapêutica adequada. Isso não é diferente para as pessoas que usam álcool e outras drogas.

Um elemento comum é o relato dos profissionais de saúde de que não aparecem muitos usuários de drogas nos serviços. Porém, quando questionados se investigam o uso de álcool e outras drogas por seus pacientes, percebe-se que a maioria não inclui essas questões em suas consultas. **Ainda existe medo ou inibição dos profissionais em tratar desse tema, por se considerarem despreparados, por tabu, por se tratar de algo comumente relacionado à ilegalidade ou por preconceito mediante a temática.**

Esse sentimento de despreparo dos profissionais tem várias justificativas, sendo a primeira delas relacionada à formação profissional, que historicamente excluiu este tema.

Todas essas questões podem criar barreiras no vínculo do profissional com o usuário e por isso, este pode preferir negar ou não falar sobre o uso de drogas, por achar que não será compreendido. Esse é um importante obstáculo, já que sem escuta não é possível aconselhar. ⁽²¹⁾

O profissional de saúde deve trabalhar a partir da ética da inclusão, mesmo os usuários de álcool e outras drogas que não queiram interromper o uso de drogas, aconselhando sobre alternativas para uma vida mais saudável, em melhores condições e mais vinculada. No decorrer do aconselhamento avalia-se a percepção de autocuidado do usuário de álcool e outras drogas, sendo o papel do profissional de saúde o de ajudá-lo a se perceber e consequentemente a buscar alternativas que melhor se adaptem a sua realidade de vida e sua busca por melhores condições de saúde.

Partindo da lógica da Redução de Danos, a abstinência pode ser uma dentre as diversas possibilidades do cuidado, sendo mais importante, inicialmente, oferecer **acesso** aos cuidados à saúde, orientações para **prevenção** dos danos relacionados ao uso e uma escuta cuidadosa buscando a construção de **vínculo**. O cuidado orientado desta forma, inclusive, aumenta fortemente a sua **estima** e facilita o acesso àqueles que gostariam obter tratamento para parar de usar drogas.

O processo de estímulo à reflexão do usuário de drogas e de estímulo ao autocuidado não é fácil, já que se trata de uma pessoa que sofre com o preconceito e com a exclusão social. Porém, é nesse importante encontro como os profissionais de saúde que estes usuários poderão ter uma chance de se vincular e construir conjuntamente estratégias de vida mais saudáveis.

Aconselhar consiste em:

1. Chamar à reflexão: “Qual a sua opinião sobre seu atual consumo de drogas?”
2. Dar responsabilidade: “O que você pretende fazer com seu consumo?”
3. Opinar com honestidade: “Na minha opinião, seu consumo está fora de controle.”
4. Dar opções de escolha: “Vamos discutir que alternativas você tem para não chegar embriagado ao emprego.”
5. Demonstrar interesse: “Conte mais sobre sua semana, como foram as tentativas para diminuir o uso.”
6. Facilitar o acesso: “Vamos encontrar um horário que seja bom para nós dois.”
7. Evitar confronto: “Ao invés de buscarmos culpados, podemos juntos pensar em soluções para seu problema.”

Fonte: Abuso e Dependência do Álcool. Associação Brasileira de Psiquiatria - Projeto Diretrizes, 2002 ⁽⁹⁾

■ Entrevista Motivacional

Entrevista Motivacional é uma técnica específica para ajudar as pessoas a reconhecer e fazerem algo a respeito de seus problemas. Ela atua na motivação do sujeito e tem como instrumento a utilização de um modelo de mudança dinâmico, o *mecanismo da porta giratória*. O papel do profissional de saúde é “despertar” o sujeito, ajudá-lo a “dar a partida” no processo de mudança que poderá ser tanto no sentido da abstinência, quanto para o aumento do auto-cuidado ou diminuição de riscos e danos à saúde.

5 Princípios Gerais da Entrevista Motivacional

Expressar empatia: A atitude é a aceitação, que não deve ser confundida com *aprovação* ou *concordância*. “Escuta Reflexiva” buscando compreender os sentimentos e perspectivas do sujeito, sem julgamento, críticas ou culpas. A empatia do profissional está associada à boa resposta da pessoa à intervenção.

Desenvolver discrepância: Mostrar ao sujeito a discrepância entre o comportamento que ele tem, suas metas pessoais e o que ele pensa que deveria fazer. Muitas vezes, perguntar como ele se imagina no futuro (que nas classes populares pode ser um tempo curto) e o que ele está fazendo para atingir sua meta poderá ajudá-lo a entender essa discrepância.

Evitar a confrontação: O confronto leva o sujeito a desenvolver resistência à intervenção. Coloque seus argumentos de forma clara, mas sempre convidando-o a pensar sobre o assunto.

Lidar com a resistência do sujeito: Lembre-se: o sujeito não é um adversário a ser derrotado. Ou seja, o que fazer quanto a um problema é, em última instância, uma decisão dele e nunca do profissional. Entenda que a ambivalência e a resistência para a mudança de comportamento são normais em todas as pessoas e a atitude do profissional deve ser a de avaliar em que fase ele está e fornecer novas informações e alternativas em relação ao uso de substâncias psicoativas.

Fortalecer a autoeficácia do sujeito: Autoeficácia refere-se à crença de um indivíduo em sua capacidade de realizar e de ter sucesso em uma tarefa específica. Dar ênfase à responsabilidade pessoal, ou seja, devemos mostrar ao sujeito que ele não somente pode, mas deve fazer a mudança, no sentido de que ninguém pode fazer isso por ele. Valorize os sucessos do indivíduo, mesmo que sejam pequenos.

A pessoa usuária de álcool e outras drogas pode passar por diferentes estágios motivacionais, e, para cada estágio, há um tipo de abordagem possível. A motivação é um estado de prontidão para a mudança, flutuante ao longo do tempo e passível de ser influenciado por uma outra pessoa. Desse modo, determinar as expectativas em relação ao tratamento e ao estágio motivacional faz parte da avaliação inicial e é importante para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, nos casos em que o usuário tenha como objetivo a mudança em relação ao uso de drogas. Os estágios motivacionais são apresentados na tabela a seguir:

ESTÁGIOS DE PRONTIDÃO PARA MUDANÇA

1ª Fase: PRÉ-CONTEMPLAÇÃO - *O sujeito não identifica que está com problema*

A maioria das pessoas atendidas na Atenção Primária está neste estágio, ou seja, não está pensando na possibilidade de mudança no momento do atendimento.

Os indivíduos não estão dispostos a mudar o comportamento, porém estão abertos a receber informações sobre o risco associado ao seu nível e modo de consumo.

O que fazer?

- Fornecer informações pode encorajá-los a interromper ou diminuir o uso.
- Importância da aplicação de instrumentos (CAGE, AUDIT, ASSIST).
- Manter o VÍNCULO.

Frequência e seguimento: atendimentos periódicos para avaliação.

2ª Fase: CONTEMPLAÇÃO - *O sujeito identifica o problema, mas não quer mudar agora*

O sujeito apresenta AMBIVALÊNCIA, ou seja, ele tanto considera a necessidade de mudar seu comportamento, quanto a rejeita. Está pensando na possibilidade de diminuir ou interromper o uso.

Nesta fase, o sujeito consegue perceber tanto as vantagens quanto as desvantagens do uso, além de ter certa consciência da relação entre seus problemas e o uso que faz da substância psicoativa.

O que fazer?

- Forneça ao sujeito as informações sobre os riscos relacionados ao uso.
- Oriente-o, com sugestões, sobre estratégias para diminuir ou interromper o uso.
- Incentive-o a falar sobre as vantagens e desvantagens de seu modo de usar as drogas (trabalhar a singularidade de cada um).
- Aqui se pode trabalhar por escrito ou com gráficos/figuras para que as questões saiam do campo verbal e entrem no campo visual.
- Utilize as desvantagens mencionadas, como razões para diminuir ou interromper o uso.
- Fortaleça o VÍNCULO.

Frequência e seguimento: agendar outros atendimentos, no máximo a cada três meses, e sugerir uma entrevista familiar.

3ª fase: PREPARAÇÃO - *O sujeito pensa em mudar e planeja*

O sujeito reconhece o seu uso de drogas como sendo o causador de seus problemas e propõe a mudar seu comportamento, desenvolvendo um plano ou estratégias que o ajudem a colocar em prática esta mudança de comportamento.

O que fazer?

- Desenvolva, junto ao indivíduo, um plano para a mudança de comportamento.
- A partir da identificação das situações de risco para o uso de drogas, criar estratégias de enfrentamento das dificuldades.
- Pensar, junto ao indivíduo, nas situações de risco de recaída, para pensar em alternativas no comportamento.

Frequência e seguimento: atendimentos frequentes a cada duas semanas, no máximo, e seguimento.

4ª Fase: AÇÃO - *O sujeito está motivado a tomar a atitude e efetuar a mudança*

Nesta fase, o sujeito coloca em prática o que foi planejado para conseguir a mudança de comportamento.

O que fazer?

- Manter um forte vínculo porque nesta fase o indivíduo tem dúvidas se vai conseguir e precisa de apoio.
- Convidar a família.
- Considerar farmacoterapia e outros recursos.
- Valorize as pequenas mudanças e sucessos conseguidos. Comemore!

Frequência e seguimento: atendimento semanal por meses, até que se tenha estabilidade na interrupção do uso (ou até que o uso passe a não trazer prejuízos ou se interrompa).

5ª Fase: MANUTENÇÃO - *Manter a motivação para que não haja recaída*

Nesta fase, o desafio é manter a mudança obtida e evitar recaídas. O indivíduo necessita ser encorajado e reforçado. Lembre-se: realizar uma mudança não garante que ela seja mantida. Nunca considere a recaída como um fracasso e ajude seu paciente a não sentir-se assim também.

O que fazer?

- Fortaleça e encoraje o paciente, elogiando o sucesso da mudança de comportamento.
- Encaminhar para os grupos de autoajuda ou outros grupos que façam sentido na vida da pessoa.
- Reavaliar a farmacoterapia.
- Avaliação bioquímica.
- Reforçar as estratégias para evitar as situações de risco de recaída. Se necessário, reformule as estratégias.
- Ajude-o a se recuperar de uma pequena recaída.

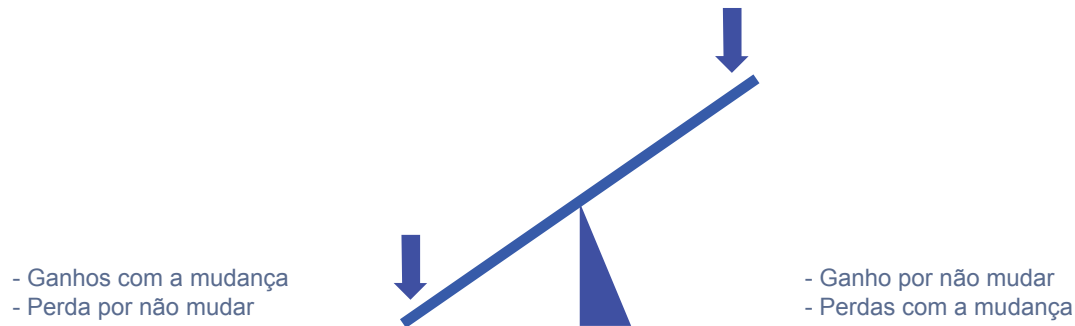
Frequência e seguimento: inicialmente mensal, antecipando, se necessário.

Fonte: Adaptado do Tratado de medicina de família e comunidade princípios, formação e prática ⁽²⁰⁾

RECAÍDA

- » Deslizes e recaídas são normais e até esperados quando o indivíduo busca mudar seu padrão de comportamento.
- » Não julgue. Nunca culpabilize as recaídas.
- » Não encare as recaídas como um fracasso seu (como profissional) ou do indivíduo, e sim como uma **OPORTUNIDADE** de fortalecer aspectos pouco discutidos, como outras situações de risco.
- » Em geral, quando os pacientes têm uma recaída, eles voltam a um dos estágios anteriores: pré-contemplanção, contemplanção ou ação. Analise com o paciente. Tenha paciência.
- » Nunca se esqueça, o *mecanismo da porta giratória* é dinâmico.

Balança da decisão



As mudanças serão mais prováveis desde que as razões para a mudança pesem mais do que as razões para continuar na mesma situação. Construir conjuntamente esta balança de decisão pode ser uma estratégia interessante no processo de motivação para a mudança, ajudando o usuário de álcool e outras drogas, de forma concreta, a enxergar os ganhos e perdas de suas decisões e a corresponsabilizar-se pelas transformações em sua vida.

■ Intervenção Breve

A Intervenção Breve é uma técnica estruturada que pode de ser utilizada pelo médico, enfermeiro e dentista da APS, bem como pelos profissionais do NASF, por ser uma estratégia útil no manejo de situações que envolvam questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas na APS.

É uma estratégia de atendimento com tempo limitado cujo foco é a mudança de comportamento do paciente sendo, portanto, FOCAL e OBJETIVA. ⁽²²⁾

O cuidado às pessoas usuárias de drogas tem como objetivo evitar a progressão do consumo e reduzir os danos relacionados ao uso, estando mais indicada para pessoas que apresentam uso nocivo e não para casos mais graves de dependência, que em geral apresentam maior complexidade nos problemas.

Uma vez que o profissional identifica situação de uso de álcool e outras drogas ele pode iniciar o manejo com a técnica da intervenção breve, que pode durar de 1 a 4 encontros.

Passos do processo da Intervenção Breve

- 1. Avaliação do uso de substâncias e devolutiva:** o profissional pode utilizar os testes CAGE ou AUDIT, para avaliar o uso de álcool, ou o ASSIST, para avaliação do uso de álcool e também outras drogas, citados anteriormente neste Guia. Após a avaliação é importante dar ao paciente retorno, convidando-o a refletir sobre o uso de substâncias e suas consequências para sua vida e a iniciar o processo de intervenção.
- 2. Responsabilidades e metas:** Identificando prejuízos relacionados ao uso, o profissional deve ajudar o usuário a perceber a importância de que ele se responsabilize pela busca de soluções e mudanças de que necessita, apoiando-o no processo de autocuidado. A partir daí deve-se estabelecer metas visando tais mudanças de comportamento.
- 3. Aconselhamento:** falar sobre álcool e outras drogas de maneira a dar informações claras, porém sem preconceito ou julgamento moral, vinculando-as aos problemas enfrentados pelo usuário. Solicitar exames clínicos podem demonstrar de forma concreta os efeitos no corpo de algum excesso, por exemplo.
- 4. Estratégias para mudança de comportamento:** identificação das situações de uso, fatores motivacionais que favorecem o consumo, pensando-se em mudanças práticas e rotinas.
- 5. Empatia:** o profissional deve ter disposição para ouvir e disponibilidade para continuar a discutir o assunto, ainda que em outro momento, evitando confrontar o paciente, respeitando seu tempo em estabelecer e manter o processo de cuidado. Desta forma favorece-se o fortalecimento do vínculo.
- 6. Autoeficácia:** este passo tem como objetivo manter a motivação do paciente no processo de mudança, confiando nos recursos de que dispõe (incluindo aí a equipe de saúde) e em sua habilidade em mudar seu comportamento.

Quando o sujeito continua resistente em assumir a responsabilidade, deve-se respeitar, mas não ignorar o observado e marcar um retorno para seguir o tratamento de forma acolhedora e respeitosa. Significa dizer que não é porque o sujeito não quer seguir um determinado projeto terapêutico que não esteja em tratamento, deve-se respeitar o tempo dos usuários e manter um processo de cuidado. Muitas vezes a motivação para a mudança e o verdadeiro engajamento num processo terapêutico é um processo longo, sendo a persistência profissional uma importante ferramenta para que o tratamento se efetive.

Seguem algumas técnicas que podem auxiliar nas intervenções breves:

Fazer perguntas abertas para facilitar que o sujeito possa discorrer mais sobre o que está acontecendo.

Utilizar reflexões simples:

Usuário diz: “Eu não tenho problemas com drogas”

Profissional de saúde repete em tom reticente: “Você não tem problemas com drogas...”

Utilizar reflexões de dupla-face demonstrando a ambiguidade:

Profissional de saúde diz: “Você fala que não tem dificuldades com a bebida, mas também diz que gasta muito dinheiro com o uso.”

Utilizar reflexões ampliadas, evidenciando eufemismos e banalizações do comportamento

Usuário diz: “Eu não tenho problema em beber.”

Profissional questiona: “Você nunca teve nenhum problema com o uso do álcool?”

As intervenções breves podem ser realizadas de 1 a 4 encontros, começando pelo **estabelecimento de uma meta**. Em seguida, busca-se **trabalhar o autocuidado**, com a identificação de situações de risco e estratégias para evitar o retorno ao padrão prejudicial do uso de álcool e outras drogas. Esta técnica pode produzir impacto igual ou maior aos tratamentos mais extensivos.

■ Grupos na Atenção Primária à Saúde

Os grupos na APS, quando bem pensados em sua finalidade, estrutura e manejo **são espaços que propiciam a socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes, construção de projetos coletivos e transformações subjetivas que o atendimento individual não alcançaria**. No entanto, muitas vezes prevalece um tipo de prática que degrada os grupos, reduzindo-os em encontros informativos reiterados, o que, muitas vezes, está por trás da chamada “não adesão” dos pacientes.

Neste sentido, quando os grupos são estruturados numa perspectiva prescritiva, acabam por esgotar a possibilidade de diálogo, porque são centrados unicamente no saber profissional, podendo acarretar principalmente a falta da adesão dos participantes e, conseqüentemente, frustração dos profissionais que o coordenam ao se depararem com as dificuldades na sua realização. **Há a necessidade de reflexão sobre esta postura prescritiva nos grupos. É necessário contemplar o encontro de dois saberes: o do profissional de saúde, com seu saber técnico, e da pessoa com problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas, com seu saber de si mesmo.**

Um aspecto que contribui para a adesão dos participantes nos grupos é a construção de práticas grupais colaborativas, que se aproximem das necessidades de saúde daquele território. Práticas que valorizem o saber popular e que promovam a interação entre os participantes. ⁽²⁶⁾

Entre os benefícios da realização de grupos com formato que privilegiem o diálogo, destacam-se: ⁽⁷⁾

- Maior adesão dos usuários ao tratamento;
- Ampliação da capacidade adaptativa às diversas situações da vida, incrementando a capacidade de resiliência;
- Diminuição da passividade;
- Ampliação de consciência sobre a situação-problema;
- Percepção da corresponsabilidade sobre tratamento;
- Construção de um espaço de apoio social, em que a troca, a participação e a discussão das dificuldades levam a uma aprendizagem interpessoal;
- Melhora da relação e da comunicação entre profissional e paciente;
- Ampliação da capacidade reflexiva.

Estrutura básica de um encontro de grupo

Um encontro grupal é comumente composto por três fases: Apresentação, Desenvolvimento e Encerramento. ⁽²⁵⁾

A **APRESENTAÇÃO** é o início, quando os participantes se conhecem, se apresentam e se inicia o vínculo. Quando é apresentada a metodologia de trabalho e utilizadas técnicas de apresentação e de descontração para as pessoas ficarem mais atentas.

A segunda é a fase de **DESENVOLVIMENTO**, subdividida em três momentos: aquecimento, no qual é introduzido o tema do encontro; aprofundamento, no qual o tema é explorado de forma mais extensa e detalhada; e processamento, no qual é dado o feedback ou devolução sobre o tema abordado. A terceira é a fase de **ENCERRAMENTO**, momento que se faz uma síntese ou se encaminha a discussão para seu final. Também, é importante realizar uma pequena avaliação do encontro ou das atividades do grupo como um todo. ⁽²⁵⁾

Grupos voltados para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas na APS

Existem hoje, na APS, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos na lógica de empoderamento e de participação. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. ⁽²⁵⁾

Em geral, os grupos realizados nas unidades de Atenção Primária funcionam como os **grupos operativos**, entendidos como um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes e que *se reúnem em torno de uma tarefa específica*, um objetivo mútuo, onde cada participante é diferente e exercita sua fala, sua opinião, seu silêncio, defendendo seu ponto de vista.

O trabalho em grupo com pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas deve proporcionar a interação entre os participantes, a reflexão sobre a relação que as pessoas estabelecem com a droga e mobilizar um processo de mudança, por exemplo, em relação aos medos, fortalecendo a adaptação ativa à realidade a partir do rompimento de estereótipos, revisão de papéis sociais, etc. ⁽²⁵⁾

A inclusão de pessoas em uso crônico de medicamentos, pessoas que não querem ou não conseguem parar o uso prejudicial de substâncias psicoativas, ou que se encontram com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em atividades coletivas é importante por ser uma problemática bastante comum nos territórios da Atenção Primária.

No entanto, a condução de grupos com esse público **requer que o profissional esteja sensibilizado com o manejo destas situações e se familiarize com a estratégia de Redução de Danos. A abstinência não pode ser tomada como o único meio de tratar o uso de substâncias, ela é apenas uma entre outras possibilidades.** Além disso, a maioria das pessoas não deixará de consumir álcool e drogas e a atitude mais eficaz para minimizar as consequências adversas do seu uso – drogas

lícitas ou ilícitas – está em manter uma lógica que respeite o tempo do usuário e oriente, no sentido que este consumo se faça em condições que ocasionem o mínimo possível de danos. Frequentemente, será importante solicitar o apoio da equipe NASF ou de outros serviços da rede para elaborar estratégias e efetivar o cuidado integral.

Pode-se ofertar os grupos já existentes na unidade e no território ou construir grupos específicos. Uma possibilidade é também a oferta de **grupos voltados para familiares**, que frequentemente têm muita dificuldade em lidar com estas situações e precisam de apoio, inclusive para cuidarem de sua própria saúde.

A seguir são exemplificados alguns dos grupos que podem ser realizados na APS envolvendo este público:

1. Grupos de Redução de Danos: buscam promover o autocuidado, o resgate da autoestima e da autonomia, minimizando os danos do consumo de álcool e outras drogas na saúde, na vida, nas relações sociais e econômicas dos participantes. Dentre seus objetivos, destacam-se: a desmistificação de preconceitos e estigmas em relação às pessoas com problemas referentes ao álcool e outras drogas; a reflexão sobre o lugar que a droga ocupa na vida dos participantes e a construção de planos que priorizem sua qualidade de vida.

2. Grupos terapêuticos: proporcionam alívio dos sintomas e melhora na situação de sofrimento, além de auxiliar no autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Existem algumas características importantes nesta modalidade de grupo: baseiam-se no compartilhamento de experiências, no aumento do conhecimento sobre a situação-problema, no compromisso do sujeito com suas ações e atitudes, na criação de estratégias de enfrentamento da situação-problema e na ampliação do autocuidado. ⁽²⁵⁾

3. Terapia comunitária: criada pelo psiquiatra e antropólogo Dr. Adalberto de Paula Barreto, essa abordagem oferece suporte para que as pessoas dividam suas dores e sofrimentos. Pode ser liderada por qualquer profissional da equipe que tenha a formação adequada, constituindo-se em importante ferramenta de trabalho de saúde mental na APS. É um momento de apoio, fortalecimento, reestruturação e socialização para muitos usuários, em que as pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas e/ou familiares podem ser incluídos. ⁽²⁵⁾

■ Abordagem familiar

A Orientação Familiar é um dos atributos derivados da APS, que coloca a família e suas relações como parte do trabalho das equipes. Os profissionais devem ter postura proativa frente os problemas de saúde-doença, compreendendo a inter-relação do ambiente, da estrutura e da dinâmica familiar nesse processo. Priorizar a abordagem integral, buscando compreender a família de forma sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises, não dissociada de seu contexto comunitário e das relações sociais, é um dos focos na abordagem familiar.

Acolher e atender as famílias sem julgamentos de valor, sem preconceito, é fundamental para a construção do vínculo e da confiança e vê-las como participantes corresponsáveis pelo tratamento é essencial para o cuidado em saúde. ⁽²⁴⁾

Famílias de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Qualquer família pode ser surpreendida com o uso abusivo de álcool e outras drogas por um ou mais de seus familiares, independentemente de sua constituição, classe social ou situação econômica. O uso abusivo de álcool e outras drogas geralmente provoca efeitos sobre toda a família e, muitas vezes, é dentro do núcleo familiar que se inicia um processo de marginalização e exclusão, que será posteriormente ampliado pela sociedade. Observa-se que as famílias apresentam dificuldades para lidar com as questões que envolvem problemas relacionados a este uso. ⁽¹⁰⁾

Comumente, as famílias se sentem desautorizadas ou desatualizadas em relação aos seus próprios problemas. Quando solicitam auxílio de um profissional da saúde, no que se refere ao abuso de drogas, pode-se possibilitar a reflexão sobre a função que o uso tem na relação familiar. ⁽¹⁰⁾

Compreender os problemas das pessoas no seu contexto de vida e incorporar a família no tratamento aponta para uma perspectiva mais complexa de intervenção, que possibilita construir uma rede afetiva para a pessoa com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

É importante que a família seja atendida e acolhida pela sua equipe de APS! Construir junto com a família estratégias que auxiliem na percepção de que o usuário de drogas é uma pessoa que tem sentimentos, fragilidades e potencialidades e não é somente um “drogado”, pode fazer muita diferença. Quando se diz “fulano é um drogado”, coloca-se nele um rótulo, que acaba por ofuscar muitas outras características dessa pessoa, tornando o tratamento ainda mais difícil e sujeito a resistências. ⁽¹⁰⁾

Nos casos mais complexos, é importante discutir o caso em equipe e solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental do NASF e das equipes de saúde mental do território. O NASF e o CAPS AD serão potentes parceiros no acompanhamento das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e no fortalecimento da abordagem familiar.

ATENÇÃO: Não foque apenas na preocupação da família! Escute a pessoa com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, tentando entender o lugar que a droga ocupa na sua vida! Escute também os demais integrantes da família e, eventualmente, um grupo mais ampliado, o que é muito importante para a condução clínica.

Ferramentas de Abordagem Familiar

Serão mencionadas duas ferramentas para o trabalho com a família: o Genograma e o Ecomapa, que são importantes para o profissional da APS no trabalho com as famílias.

Genograma

O Genograma Familiar, também conhecido como Familiograma, é uma representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família. Permite identificar as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família (no mínimo três gerações), além de possibilitar identificar a estrutura da família e seu padrão de relação, mostrando a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que produzem os processos de adoecimento. Utiliza símbolos gráficos universalmente aceitos, o que facilita a sua compreensão por qualquer profissional de saúde familiarizado com o sistema. ⁽⁷⁾

Abaixo é apresentado um exemplo de Genograma, da família da Dona Dulce, acompanhada por uma equipe de saúde da família e que faz tratamento para hipertensão. A partir dele vemos representadas as características de cada membro e o funcionamento de suas relações (**Figura 1**).

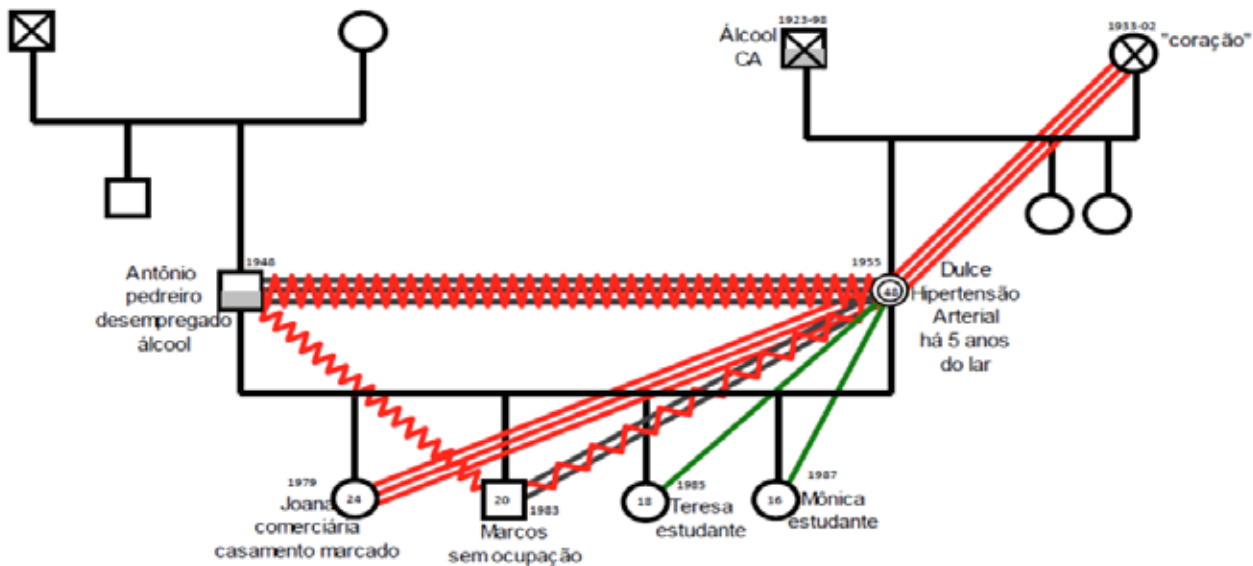


Figura 1. Genograma

Fonte: Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Aput Material didático da Unidade Docente-Assistencial de Saúde Mental e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, 2011 (7)

A partir do Genograma pode-se observar: ⁽⁷⁾

1. O padrão repetitivo do alcoolismo para dona Dulce: o pai e o marido.
2. Dona Dulce e Joana são primogênicas e a relação delas repete o padrão da relação de dona Dulce com a mãe.
3. A mãe morreu de problemas cardíacos e dona Dulce é hipertensa.
4. Nota-se a relação próxima, porém conflituosa, com o filho. Será uma “repetição” do modelo da relação com o pai?
5. Marcos, assim como o pai, está desempregado. Estará bebendo?
6. Joana aparentemente é a única fonte de renda da família. Como será quando casar?

Ecomapa

O Ecomapa é outra ferramenta de trabalho com famílias, que representa graficamente as ligações da família, as pessoas e as estruturas sociais do meio em que habita, além de ajudar a identificar suas relações e ligações com o meio onde habita.

Portanto, continuando a análise das relações de D. Dulce com os outros elementos da rede, podemos representá-las através do Ecomapa apresentado na figura 2.

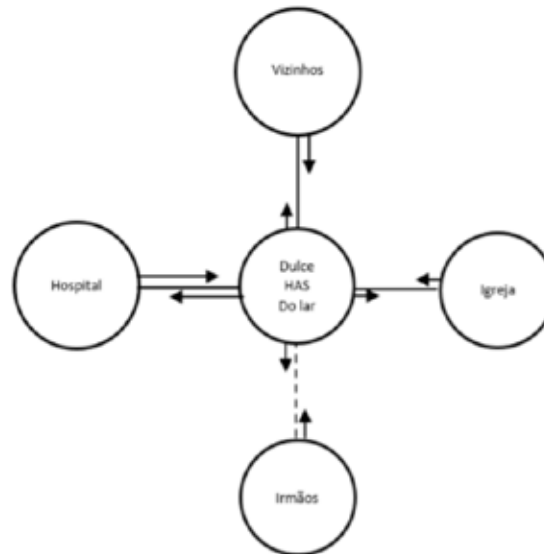


Figura 2. Ecomapa

A partir do Ecomapa pode-se observar:

1. Dona Dulce tem uma relação distante com seus irmãos e apresenta uma relação forte e equilibrada com o hospital e igreja.
2. Em relação aos vizinhos, Dona Dulce acredita que recebe mais apoio do que oferece.

Dicas práticas de abordagem da família:

- Evite julgamentos e preconceitos. Só será possível auxiliar a família se ela puder ser ouvida sem críticas morais ou recriminações;
- Acione a família e a comunidade para entrar em contato com pessoas em tratamento que deixaram de comparecer a um retorno regular;
- Oferte atendimento aos familiares, em conjunto com o usuário ou não, dando apoio na lida com as questões do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Propicie espaços coletivos para cuidadores e familiares, incluindo as pessoas com problemas relacionados ao uso álcool e outras drogas, ou sugira sua participação em grupos comunitários;
- Caso a unidade de saúde realize Rodas de Terapia Comunitária, sugira a participação nestes espaços;
- Priorize visitas mais imediatas às famílias em situação de vulnerabilidade e com mais dificuldades psicossociais;
- É preciso ter calma para não entrar no desespero que algumas famílias sentem quando se veem impotentes para lidar com a pessoa usuária de álcool e outras drogas. Marcar uma agenda para que essa família tenha um espaço de escuta e criar vínculo, auxiliará na diminuição da angústia familiar;
- É importante estar atento para reconhecer e valorizar os saberes e os recursos encontrados pela família na convivência diária com a pessoa com problemas devido o consumo de álcool e outras drogas;
- Construir, junto com a família, alternativas de mudança e de promoção dos cuidados familiares.

FONTE: Adaptado de MARICONDI, M.A.; SILVA, M.C.P.,2003 ⁽²⁸⁾ e Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde. ⁽¹⁰⁾

Apoio a familiares e cuidadores

Converse com familiares e cuidadores sobre os efeitos do uso abusivo de álcool e outras drogas na sua vida e na dos outros membros da família, incluindo as crianças. Com base na informação das famílias:

- Ofereça uma avaliação de suas necessidades pessoais, sociais e de saúde mental.
- Forneça informações sobre o uso de álcool e outras drogas e os transtornos a ele relacionados.
- Ajude a identificar fontes de estresse referentes ao uso de drogas.
- Busque compreender as situações de vida relacionadas ao uso ou aumento do consumo de álcool e outras drogas e a relação da pessoa com a droga.
- Investigue métodos de enfrentamento e promova comportamentos efetivos de enfrentamento.
- Informe-os e ajude-os com relação ao acesso a grupos já oferecidos pela unidade ou no território (por exemplo, grupos de autoajuda, terapia comunitária, programa academia carioca, dentre outros) e outros recursos sociais.

FONTE: Adaptação da Organização Mundial da Saúde, 2010 ⁽¹³⁾

■ **Promoção de Saúde e Prevenção de danos em álcool e outras drogas**

Destacam-se alguns pontos que norteiam a reflexão e a atuação para essa abordagem:

- Não existe sociedade sem drogas.
- A guerra às drogas afasta o sujeito da rede de atenção psicossocial.
- Julgamentos morais, repressão e proibição contribuem apenas para o afastamento dos sujeitos do cuidado em saúde.

A prevenção voltada para o uso abusivo de álcool e outras drogas é um processo complexo que envolve planejamento e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e de risco, e fortalecimento dos fatores de proteção. Isso significa que inúmeros fatores contribuem para a decisão de alguém em usar álcool e outras drogas, e não somente um fator isolado. Além disso, não é porque um indivíduo está envolvido em uma vida cheia de fatores de risco que, necessariamente, ele fará uso abusivo de álcool e outras drogas.

Os fatores de risco para o uso de álcool e outras drogas são características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a probabilidade da ocorrência deste uso. Por sua vez, se tal consumo ocorre na comunidade, é no âmbito comunitário que terão lugar as práticas preventivas de maior impacto sobre a vulnerabilidade e o risco.

Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência socioambiental.

Ressaltamos que tais fatores não se apresentam de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade, e conseqüente variabilidade de influência.

	Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Campo individual	Insegurança, baixa autoestima, falta de autocontrole e assertividade, comportamento antissocial precoce, sintomas depressivos, doenças pré-existentes (ex.: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), e vulnerabilidade psicossocial.	Habilidades sociais, flexibilidade, habilidade em resolver problemas, facilidade em cooperar, autonomia, responsabilidade e comunicabilidade, vinculação familiar-afetiva ou institucional.
Campo das relações sociais	Rejeição sistemática de regras, violência, envolvimento em atividades ilícitas, pressão social para o consumo, desvalorização das autoridades, descrença nas instituições, falta de oportunidades de trabalho e de lazer.	Respeito às leis sociais, reconhecimento social, oportunidades de trabalho e de lazer, informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos, vínculo afetivo.

Para que se realize um trabalho de prevenção qualitativo e inserido na rede de cuidado, com um determinado grupo, é necessário identificar fatores de vulnerabilidade e de risco para minimizá-los e fatores de proteção para fortalecê-los.

Vale lembrar, que uma concepção integral e equânime de saúde não pretere prevenção em função de assistência ou vice-versa. Assim sendo, práticas preventivas voltadas para a educação em álcool e outras drogas e para a prevenção de danos devem ser planejadas levando em conta a especificidade inerente a cada parcela populacional, sempre de forma articulada a outras ações voltadas para a prevenção e promoção de atenção integral à saúde.

Devemos pensar em ações de promoção de saúde:

- Para crianças e adolescentes: que fazem ou não uso de AD, grupos de baixo ou moderado risco;
- Ações específicas para grupos que fazem uso abusivo de AD;
- Ações intra e intersetoriais com atuação e inserção comunitária;
- Ações de Redução de Danos.

A abordagem no campo da prevenção é na lógica da articulação em rede, dos direitos humanos e do protagonismo dos cidadãos.

Isto ratifica a consideração estratégica da redução de danos, uma vez que possibilita um planejamento mais flexível e abrangente de atividades preventivas, dentro de um contexto de saúde pública.

Neste ponto, é fundamental perceber a importância da educação em saúde como estratégia fundamental para a prevenção.

Destacamos ainda, algumas linhas de trabalho da Superintendência de Promoção da Saúde/SUBPAV/SMS, que estão inseridas no âmbito da Atenção Primária e da Comunicação e Saúde e contemplam estratégias específicas para a abordagem da temática do uso das drogas, a saber:

◆ MUDA AÍ ◆ RAP DA SAÚDE ◆ PSE

O cuidado às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas com comorbidades / situações especiais

■ Uso de álcool e outras drogas na gestação

O consumo de substâncias psicoativas na gestação pode levar a diversos problemas de saúde para a mãe e para o feto, e o uso abusivo de álcool e outras drogas está frequentemente associado a contextos familiares desfavoráveis, que podem comprometer o desenvolvimento da criança mesmo após o nascimento. A gravidez pode representar um período oportuno para que mulheres e suas famílias modifiquem padrões de hábitos nocivos, considerando seu potencial de motivação para a mudança e a maior proximidade que pode ocorrer com os serviços de saúde. ⁽²⁹⁾

O cuidado à gestante com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas é um desafio para os profissionais de saúde e requer que estejam dispostos a compreender a mulher em sua complexidade social, mental e física, sem julgamentos. A OMS propõe alguns princípios norteadores para a atuação dos serviços em tais situações, a saber:

Princípios norteadores de atuação propostos pela OMS ⁽²⁹⁾

- » Priorizar a prevenção;
- » Garantir o acesso a serviços especializados de tratamento sempre que necessário;
- » Respeitar a autonomia da paciente;
- » Prover cuidado integral para as diversas necessidades que se apresentem;
- » Evitar a discriminação e estigmatização da mulher.

Todas as gestantes devem ser questionadas a respeito do consumo prévio e atual de álcool, tabaco, substâncias ilícitas e drogas prescritas, independente de seu status socioeconômico. ⁽³⁰⁾ Recomenda-se que este tema seja abordado logo no primeiro contato, visando a detecção precoce, mas também que seja periodicamente repetido nas consultas subsequentes, considerando que em muitos casos o problema só será relatado após a construção de uma relação de confiança. Apesar de existirem

algumas ferramentas de rastreamento, elas não se mostraram melhores que o uso de perguntas abertas para a detecção do consumo de AD na gestação, devendo o profissional de saúde adotar a forma que se sentir mais confortável para esta investigação.

O aconselhamento sobre os riscos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas na gestação deve ser realizado para todas as gestantes, independente da confirmação de uso.

As gestantes que fizeram uso de álcool antes da detecção da gravidez podem ser tranquilizadas, principalmente nos casos de consumo leve a moderado, pois não parece haver associação com desfechos gestacionais negativos. Mesmo nos países em que o aborto é permitido, a ingestão moderada de álcool no início da gestação não se configura em indicação para sua interrupção. ⁽²⁹⁾

Aconselhamento e manejo de gestantes usuárias de álcool, tabaco e outras drogas

As mulheres identificadas como atuais usuárias de álcool, tabaco e outras drogas deverão receber atenção diferenciada. É importante lembrar que as gestantes com transtornos relacionados ao uso dessas substâncias podem ser menos propensas a buscar assistência pré-natal por iniciativa própria, o que coloca as equipes da APS em posição privilegiada para a identificação, busca ativa e construção de vínculo com estas mulheres, quando comparada com outros tipos/níveis de assistência pré-natal.

Vale ressaltar ainda que, idealmente, o aconselhamento sobre contracepção deve se estabelecer mais precocemente para as mulheres em idade reprodutiva e com problemas relacionados a AD, antes da ocorrência de gestação, pois se trata de uma população extremamente vulnerável à ocorrência de gestações indesejadas, que podem ser evitadas através da instituição de contracepção efetiva. ^(29,30)

Recomendações práticas para a abordagem de gestantes com problemas relacionados a AD

- » Os profissionais de saúde devem oferecer intervenção breve a todas as gestantes usuárias de álcool ou outras drogas.
- » A intervenção breve é uma terapia estruturada de curta duração, desenvolvida para uso por médicos generalistas e outros profissionais da APS, com objetivo de auxiliar o indivíduo a cessar ou reduzir o consumo de substâncias psicoativas. Para as gestantes, deve ser individualizada, e incluir *feedback* e aconselhamento específico a respeito

da cessação ou redução do uso de substâncias na gestação. O seguimento das pacientes determinará aquelas que necessitarão de intervenções adicionais. É importante ressaltar que a atitude do profissional de saúde contribui de forma significativa para o sucesso da intervenção breve. (Saiba mais na página 47)

- » Profissionais de saúde que lidam com gestantes ou puérperas usuárias de AD devem prover atenção integral e cuidado individualizado.
- » A avaliação integral da mulher que utiliza álcool ou outras drogas na gestação inclui a pesquisa dos padrões de utilização, de comorbidades clínicas e psiquiátricas, do contexto familiar e social. O cuidado individualizado pressupõe a adoção de intervenções psicossociais apropriadas, de diferentes intensidades conforme as necessidades de cada mulher e a disponibilidade de recursos locais. Algumas técnicas de abordagem psíquicas frequentemente utilizadas para mulheres que não respondem à intervenção breve são a Terapia Cognitivo Comportamental e a entrevista motivacional, que usualmente envolvem contatos repetidos. O suporte social também deve ser oferecido conforme as necessidades específicas de cada mulher, coordenado pela equipe de saúde a partir da identificação de tais necessidades.
- » Os profissionais de saúde devem aconselhar o mais precocemente possível todas as gestantes com problemas relacionados a álcool ou outras drogas a cessar o consumo de substâncias, e oferecer ou referenciar para serviços de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD), quando necessário. A internação hospitalar poderá ser solicitada a critério médico.
- » Gestantes com dependência de benzodiazepínicos devem realizar desmame progressivo com benzodiazepínicos de ação prolongada, acompanhado de intervenções psicossociais.
- » Gestantes que desenvolvem sintomas de abstinência decorrentes da cessação do consumo de álcool podem ser manejadas com benzodiazepínicos de longa duração durante curto período de tempo.
- » A escala CIWA-Ar¹ pode facilitar o manejo dos sintomas de abstinência ao álcool.
- » A administração de Tiamina é frequentemente necessária.
- » A internação hospitalar em hospital geral deve ser considerada para mulheres com dependência grave.

¹ Para utilizar esta escala consulte-a na página 28

Para o manejo de sintomas de abstinência em gestantes usuárias de cocaína, os psicofármacos podem ser úteis para controle de sintomas psiquiátricos, mas não são rotineiramente necessários. Não há evidências de benefícios na utilização de psicofármacos para o controle dos sintomas de abstinência de estimulantes como a cocaína. Com exceção dos casos de intoxicação aguda, estes medicamentos não se constituem em tratamento de primeira linha para gestantes. A internação hospitalar pode ser recomendada a critério médico. ⁽³⁰⁾

A terapia medicamentosa não é rotineiramente recomendada para gestantes dependentes de maconha, cocaína, agentes voláteis ou estimulantes tipo anfetamina. Considera-se que o foco do tratamento devem ser as intervenções psicossociais, apesar de não existirem dados provenientes de estudos científicos de qualidade.

Amamentação e uso de álcool e outras drogas

Mulheres que amamentam e utilizam álcool ou outras drogas devem ser orientadas a interromperem o uso, porém, apenas o consumo de substâncias não é uma contraindicação absoluta ao aleitamento materno. Estas mulheres devem ser encorajadas a amamentar, a menos que os riscos claramente se sobreponham aos benefícios, e serem informadas quantos aos benefícios do aleitamento materno. ⁽²⁹⁾

A avaliação de risco deverá considerar a concentração de substâncias no leite materno, o padrão de uso de substâncias, a testagem para HIV, a disponibilidade de substitutos seguros para o leite materno, o acesso à água potável e a idade da criança.

É possível reduzir o risco de exposição através do aleitamento coordenando o horário das mamadas, ou utilizando alternativas temporárias, como o armazenamento de leite materno.

Por exemplo, em casos de consumo diário e pesado de álcool e na existência de outras opções seguras para alimentação da criança seria preferível não amamentar. Porém, **mulheres que consomem álcool de modo intermitente podem ser aconselhadas a não amamentar somente nas 2 horas seguintes ao consumo de uma dose padrão, ou 4 a 8 horas após consumo maior que uma dose.** ⁽³¹⁾

O contato pele a pele é importante independente da conduta frente ao aleitamento materno e deve ser estimulado para todas as mulheres usuárias de álcool e outras drogas capazes de atender às necessidades de seus bebês.

Todas as crianças nascidas de mães com transtornos relacionados ao uso de álcool devem ser avaliadas para os sinais de Síndrome Alcoólica Fetal. Os sinais incluem crescimento restrito, dismorfismos faciais e anormalidades do sistema nervoso central, incluindo microcefalia.

Efeitos do uso de substâncias na gestação			
Droga	Complicações obstétricas	Efeitos neonatais	Efeitos a longo prazo
Álcool	CIUR, BPN Óbito fetal	- Anomalias congênitas: cardiovasculares. Associação com fenda palatina vem sendo questionada - Efeitos neurocomportamentais - SMSI	- Atraso do crescimento na infância - Atraso no desenvolvimento da linguagem, baixo desempenho acadêmico
Nicotina	AE TPP, AP PP, DPP CIUR, BPN	- Aumento da mortalidade perinatal - SMSI	- Asma infantil, problemas comportamentais, TDAH
Maconha	Efeitos inconsistentes	- Efeitos neurocomportamentais: inquietação, tremores finos, aumento da atividade mão-boca, modificações do padrão de sono	- Sono inquieto - Problemas comportamentais: desatenção, impulsividade e hiperatividade, sintomas depressivos e ansiosos

Cocaína	AE AP, TPP CIUR DPP	- Anomalias congênitas: mal-formações genitourinárias - Aumento transitório de sinais e sintomas do SNA - BPN, diminuição do comprimento e PC ao nascer	- Atrasos significativos do desenvolvimento da linguagem
Anfetamina	Hipertensão materna Óbito fetal CIUR	-Anomalias congênitas: SNC, cardiovasculares, fendas orais, membros - Efeitos neurocomportamentais: redução da excitabilidade, aumento do estresse e redução de movimentos ativos	- Problemas comportamentais
Alucinógenos	----	- Anomalias congênitas: cardiovasculares, rim esponjoso medular	----

Fonte: Adaptado WONG, S.; ORDEAN, A.; KAHAN, M., 2011 ⁽³⁰⁾

Legenda:

AE: abortamento espontâneo; **TPP:** trabalho de parto prematuro; **AP:** amniorrexe prematura; **PP:** placenta prévia; **DPP:** descolamento prematuro de placenta; **CIUR:** crescimento intrauterino restrito; **BPN:** baixo peso ao nascer; **SMSI:** síndrome da morte súbita infantil; **TDH:** transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; **SNA:** sistema nervoso autônomo; **PC:** perímetro cefálico; **SNC:** sistema nervoso central

Gestantes em situação de Rua

Em caso de gravidez de mulher em situação de rua, faz-se necessária uma visão ampliada e integral dos aspectos biopsicossocioculturais, para o entendimento da situação e um planejamento da melhor conduta a seguir. No caso de uso de álcool ou outras drogas, a rede de apoio (CRAS, CREAS, CAPS AD, conselho tutelar, entre outros) deve ser considerada como forma de garantir a proteção da gestante.

As gestantes em situação de rua, além do uso de crack, álcool e outras drogas, comumente apresentam sífilis gestacional, HIV, anemia grave e hepatites, fazendo-se necessária a articulação da rede de apoio com outros setores (ações intersetoriais) e planejamento das ações conjuntas.

É importante manter o acompanhamento destas gestantes pela equipe de APS, não só pelas equipes de Consultório na Rua, por meio das consultas de pré-natal, adaptando e flexibilizando o acompanhamento às características e especificidades da gestante. Nesse sentido, é importante não culpabilizar e nem punir a mulher pelo seu uso de álcool ou outras drogas, nem enquadrá-la em estereótipos que induzam ao não investimento nas ações do pré-natal. Somente encaminhá-la ao pré-natal de alto risco quando houver comorbidades, mantendo a coordenação do cuidado pela APS. ^(32,33)

■ Infância e Adolescência e o uso prejudicial de álcool e outras drogas

Se o campo da atenção às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas é marcado pela complexidade do fenômeno e exige a construção de um trabalho em rede, a abordagem a crianças e adolescentes exige ainda mais a necessidade de uma articulação intersetorial e um cuidado compartilhado e integrado.

A rede intersetorial

O trabalho desenvolvido na rede territorial é uma importante estratégia para que não sejam reproduzidas práticas produtoras de exclusão social, isolamento dos laços afetivos, institucionalizações e estigmatizações que, além de potencializarem as situações de vulnerabilidade em que muitos já se encontram, não refletem uma oferta de cuidado.

Além disso, é importante considerar que a população infanto-juvenil está frequentemente submetida a medidas de proteção e garantias de direitos e em situações de violação destes direitos. Isto faz com que, não raro, as instituições e profissionais que cuidam dela tenham que dialogar com as instâncias judiciais, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, abrigos etc. Nesta interlocução entre os diversos setores, o tema do uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes, sobretudo as ilícitas, frequentemente é manejado com tolerância zero e com uma inflexão moralista e punitiva, que não se deve reproduzir nas práticas de cuidado.

Articulação com a escola

A escola é um ambiente privilegiado para a realização de ações de saúde voltadas aos jovens por ser um espaço de construção, socialização, formação e informação. Além disso agrega grande parte dos adolescentes da comunidade e é o lugar onde eles passam a maior parte do seu tempo. Nesse contexto, o PSE (Programa de Saúde na Escola) tem muito a contribuir.

O PSE resulta do trabalho integrado entre a saúde e a educação. Sendo assim, as equipes da APS podem realizar diversas ações, difundindo informações e criando espaços de diálogo com os adolescentes, abordando, por exemplo, as consequências positivas (efeitos de prazer) e negativas do uso de álcool e outras drogas, ou ainda, ações que visem a redução de danos.

Especificidade do uso prejudicial de álcool e outras drogas na infância e adolescência

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar do ano de 2011 indicam a prevalência de 71,4% para experimentação alcoólica e 27,3% para consumo regular do álcool entre adolescentes do nono ano do ensino fundamental das escolas públicas. Pesquisas indicaram que os adolescentes que consumiram álcool antes dos 12 anos de idade, em comparação àqueles que não o fizeram, tornaram-se maiores consumidores problemáticos de álcool ou de outras drogas ilícitas. A questão da faixa etária do início do uso não deve ser entendida como fator causal, mas deve-se levar em consideração que os diferentes ciclos de vida requerem ações diversas.

No cotidiano da APS, vê-se que casos de crianças e adolescentes em uso de álcool e outras drogas, geralmente indicam situações de vulnerabilidade social, como dificuldades escolares e sociais importantes, mas que não se configuram como um evidente transtorno mental. Também, muitas vezes, estes casos apresentam situações de conflito com a lei, configurando-se em risco social, que requerem ações intersetoriais. ⁽³⁴⁾

A importância da APS

A APS tem se mostrado um ponto da rede de atenção potente na produção de acesso a cuidados em saúde a esta faixa etária, na medida em que uma das características da população juvenil é justamente a dificuldade de solicitar ajuda e procurar uma unidade de saúde, a cujo funcionamento este público deve se adaptar.

A possibilidade de que casos de sofrimento mental na infância e adolescência sejam percebidos ainda em uma fase inicial de suas vidas, permitindo investimentos em saúde desde os primeiros momentos, enfatiza a importância da APS, sobretudo para aqueles que se mantêm periféricos ao acesso aos cuidados físicos e psicossociais, pois quanto mais cedo a oferta destes, maiores serão as possibilidades de mudanças favoráveis.

A **Caderneta de Saúde da Criança** é imprescindível no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos. Por meio dela é possível o registro e acesso a orientações para o profissional e para a família, principalmente contidas no “Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento de Crianças”, importante na identificação de sinais de alerta de que algo pode não estar indo bem.

Escuta e Vínculo como Ferramentas

A presença constante da APS nos territórios em que vivem as crianças, adolescentes e suas famílias, o conhecimento acerca de seus contextos de vida, o trabalho em equipe, a abordagem à família e a integralidade do cuidado favorecem a compreensão ampliada de cada caso, não somente direcionada aos sintomas e ao uso de drogas.

É esta aproximação que possibilitará a construção de vínculos contínuos com a pessoa em sofrimento e sua família, tão fundamentais para que se desenvolvam abordagens que despertam na criança/adolescente um desejo de cuidado consigo próprio e que não necessariamente começa pelo problema do uso de drogas, mas por outro tipo de cuidado em saúde.

A escuta sensível, evitar emitir juízos de valor, ter uma linguagem empática que aposte na corresponsabilidade e na produção de autonomia, independentemente de sua idade, vão ser fundamentais na construção do vínculo e confiança.

Somente um Projeto Terapêutico Singular construído conjuntamente com o usuário e com este pactuado poderá reunir o mínimo de condições para que seja realizado

Manejo com a Família

A abordagem à família é fundamental para que a atenção oferecida não deposite unicamente o problema na criança/adolescente e em seu uso de drogas. A proximidade da APS aos seus contextos existenciais permite a equipe apoiá-la e auxiliá-la a lidar com a situação de sofrimento. Permite a equipe entender a família e aprender com esta sobre o que está se passando, quais são os seus recursos para lidar com a situação e a rede sócio-familiar de suporte, compreender qual a necessidade de proteção que o caso requer, ajudando-a a ampliar a compreensão sobre o problema e desconstruindo demandas produtoras de exclusão e, com frequência, o uso de medicamentos desnecessariamente.

O manejo à família assim realizado reunirá a potência de fazê-la compreender e pactuar as intervenções propostas discutidas e construídas conjuntamente. Sabemos que os projetos terapêuticos necessitam também da contratualidade com a família para que sejam cumpridos e, portanto, ela deve ser implicada na produção do cuidado.

Diagnóstico Clínico - Situacional

Ressalta-se a importância de que se trabalhe na perspectiva do diagnóstico clínico-situacional, o que implica na visão mais completa possível sobre o problema. **Para que um Projeto Terapêutico Singular seja realmente consoante com as necessidades de cuidado, é preciso que se considere não somente o quadro clínico, mas também o momento da pessoa, os possíveis eventos precipitantes, as condições familiares, sociais, materiais e culturais, os relatos da escola e identificar a rede de apoio com a qual a equipe contará.** Olhar de forma ampliada faz com que não se formule diagnósticos precipitados ou inadequados, e evita-se a construção de estigmas sobre crianças e adolescentes.

Os diagnósticos de Saúde Mental são carregados de juízo de valor e, no âmbito do uso de drogas, tende-se a colocar o sujeito como “produtor” de sua doença. O diagnóstico é muito importante para a discussão técnica e para orientar a direção clínica do trabalho, mas deve ser usado de forma responsável e criteriosa já que seus efeitos simbólicos e seu uso sociocultural são capazes de produzir um destino fechado para as pessoas.

Algumas orientações para o acolhimento de crianças e adolescentes:

- » Procure desenvolver ações individuais e coletivas que possam atrair os jovens para a unidade de saúde;
- » Tenha sempre como prioridade a construção e fortalecimento do vínculo;
- » Não tenha como foco do trabalho a droga e a interrupção de seu uso;
- » Esteja atento para não fazer julgamento moral;
- » Não busque respostas simples e imediatas;
- » Proporcione uma oportunidade para que ele reflita sobre o uso de álcool e outras drogas, sua situação de vida e os possíveis prejuízos que este uso pode acarretar;
- » Ouça a família, para apoiá-la e entender seu contexto de vida, mas sempre ofereça escuta também à criança/ adolescente;

Nesse sentido procure entender:

Qual é a história de vida desse sujeito?

Quem responde por ele? Família? Justiça? Escola? Assistência Social?

O que ele e a família dizem sobre as dificuldades?

O que acontece para ele estar usando drogas?

Qual é a história dele com a droga?

Qual é a droga de sua escolha e como a utiliza?

O que ele tem a dizer sobre isso: quer parar, não quer?

Não hesite em procurar o apoio da equipe do NASF para a discussão dos casos e/ou faça contato com outros dispositivos da rede como CAPS AD, CAPSI e ambulatórios de Saúde Mental. Procure saber quais são os serviços de saúde mental de referência para sua unidade.

■ Associação entre uso de álcool e outras drogas e Transtornos Mentais Comuns

Frequentemente o uso de álcool e outras drogas está relacionado a quadros de depressão e/ou ansiedade, o que sinaliza um agravamento das consequências do consumo para a vida. Desse modo, é importante buscar compreender o contexto de vida e as circunstâncias em que o uso se dá e que o profissional esteja atento à possibilidade de associação entre as diversas situações e as investigue. ⁽³⁵⁾

■ O cuidado a pessoas usuárias de álcool e outras drogas com Tuberculose

O diagnóstico de tuberculose em pessoas com uso abusivo de álcool ou outras drogas deve resultar em tratamento supervisionado centrado nas suas necessidades. Nesta situação, **a realização de visita domiciliar, busca ativa de faltosos, flexibilização do horário e do local da tomada da medicação podem fortalecer o vínculo, contribuindo para o sucesso terapêutico. Além disso, a discussão do caso e construção de um Projeto Terapêutico Singular envolvendo profissionais da equipe da APS, do NASF e o paciente contribuem para a ampliação da rede de apoio, viabilizando o cuidado da pessoa com tuberculose e muitas vezes, do uso abusivo de álcool.** A formação de parcerias com equipamentos do território, como instituições religiosas e/ou recreativas, ONGS e comerciantes locais pode ser importante para ampliar os recursos disponíveis. ⁽³⁶⁾

Pessoas com tuberculose e uso abusivo de álcool deverão ser encaminhadas à referência secundária (pneumologia), para esquemas especiais de tratamento em caso de cirrose e/ou hepatopatia alcoólica com enzimas hepáticas alteradas (acima de três vezes o limite superior da normalidade). Considerando a coordenação do cuidado pela Atenção Primária, a equipe deve continuar acompanhando o paciente (reforçando a importância da adesão ao tratamento, dando apoio aos familiares, etc).

■ O uso de álcool e outras drogas e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

A prevalência de ISTs é maior entre os usuários de AD. Essa maior frequência está relacionada a diversos fatores, como os quais. ⁽³⁷⁾

- Comportamento sexual de risco
- Compartilhamento de seringas
- Compartilhamento de cachimbos e outros dispositivos para o uso do Crack

Desta forma, no âmbito da atenção primária, ações de prevenção e de triagem para ISTs devem sempre ser realizadas, no atendimento a esta população. A triagem para ISTs inicia-se com o acolhimento deste usuário pela equipe de Atenção Primária.

Recomenda-se a oferta dos testes rápidos para sífilis, hepatite C, hepatite B e HIV para todos os pacientes, independente da presença de manifestações clínicas compatíveis com ISTs. ⁽³⁸⁾

Antes de proceder ao teste de HIV é necessário fazer o aconselhamento pré-teste, com o objetivo de esclarecer ao paciente os motivos de se realizar o exame, explicar os procedimentos envolvidos e obter seu consentimento. Após a realização dos testes, o aconselhamento pós-teste é de extrema importância e deve, sempre, ser realizado, individualmente (Para mais detalhes, veja o Guia de Referência Rápida sobre Infecção pelo HIV e AIDS disponível na plataforma SUBPAV). O momento da revelação do diagnóstico de HIV é, particularmente, difícil para o paciente e frequentemente é acompanhado por reações emocionais diversas que podem influenciar, também, a relação deste usuário com o uso de álcool e outras drogas, exigindo uma atenção especial pela equipe multidisciplinar de saúde. No aconselhamento pós-teste de resultado positivo, deve-se orientar formas de prevenção de ISTs e também, solicitar o comparecimento das parcerias sexuais. ⁽³⁸⁾

Todos os pacientes com os diagnósticos de ISTs confirmados devem prosseguir o acompanhamento clínico e terapêutico na APS. Nos casos em que os testes forem negativos, a comunicação dos resultados é um bom momento de se trabalhar medidas de prevenção de ISTs, contemplando os diferentes fatores de risco.

Principais recomendações para a prevenção de ISTs:

- » Informação;
- » Uso de preservativo masculino ou feminino;
- » Fornecimento de seringas para usuários de drogas venosas: pode ser eficaz na prevenção de HIV e hepatites virais;
- » Da mesma forma, o fornecimento de cachimbos e outros dispositivos para o uso do crack pode ser uma possibilidade;
- » Profilaxia pós-exposição ao HIV.

Uma das maiores dificuldades, no seguimento das ISTs em usuários de drogas, é a adesão ao tratamento. Este acompanhamento é mais bem realizado quando feito por equipe multidisciplinar, abordando diferentes aspectos psicossociais envolvidos na falta de adesão do usuário. Outro cuidado que se deve ter no seguimento destes pacientes é a interação do álcool e outras drogas psicoativas e o uso dos antivirais e antibióticos para o tratamento das ISTs.

Interações medicamentosas com o uso de álcool e outras drogas

Drogas	Efeitos Esperados
Álcool	O álcool não interage com os antirretrovirais. Entretanto, seu uso deve ser feito com cautela devido ao risco de toxicidade hepática.
Maconha	- A maconha diminui concentração sérica de Atazanavir. - Pela farmacocinética, Efavirenz e Etravirina poderiam aumentar o efeito da Maconha.
Cocaína	- Pela farmacocinética, todos os IP/r poderiam aumentar o nível sérico da cocaína, entretanto, esta associação não foi estudada. - A cocaína pode aumentar o intervalo QT, dessa forma deve-se ter cuidado quando utilizada com outras drogas que podem prolongar o intervalo QT, como o Atazanavir, Lopinavir e Rilpivirina. - Pela farmacocinética, todos os ITRNN poderiam aumentar o nível sérico de metabólitos hepatotóxicos, mas estas associações ainda não foram estudadas.
Anfetamina	Pela farmacocinética, todos os IP/r poderiam aumentar o nível sérico da anfetamina, entretanto, esta associação não foi estudada.
Heroína	Pela farmacocinética, todos os IP/r, o Efavirenz e a Etravirina poderiam aumentar o efeito opioide no Sistema Nervoso Central. Risco de toxicidade por opióceio.
LSD	- Pela farmacocinética, todos os IP/r, poderiam aumentar os efeitos alucinógenos do LSD, entretanto, esta associação não foi estudada. - Pela farmacocinética, o Efavirenz, a Nevirapina e a Etravirina poderiam reduzir os efeitos do LSD, mas estas associações também não foram estudadas.

Ecstasy / MDMA	Todos os IP/r aumentam os níveis séricos do Ecstasy. Risco de morte
Metanfetamina (“meth, cristal, Tina ou “ice”)	Todos os IP/r aumentam níveis os séricos da Metanfetamina
Quetamina	Todos os IP/r aumentam os níveis séricos da Quetamina
GHB (“boa noite cinderela”, “droga do estupro”)	Todos os IP/r aumentam os níveis séricos do GHB

Fonte: University of Liverpool. The HIV interaction website. ⁽³⁹⁾

Legenda: **IP/r**: Inibidores de protease/ritonavir; **GHB**: ácido gama- hidroxibutírico; **LSD**: Ácido Lisérgico; **ITRNN**: Inibidor da transcriptase reversa não-nucleosídeo.

Para mais informações sobre a abordagem de ISTs e HIV/AIDS na APS, consultar os respectivos guias rápidos, disponibilizados na Plataforma Subpav através dos links:

http://subpav.org/download/prot/GuiadeReferenciaRepidaemHIV_AIDS_versaoGUIA_miolo.pdf e

http://subpav.org/download/prot/destaque/APS_DST_final_completo.pdf.

■ População em situação de rua e uso abusivo de álcool e outras drogas

O município do Rio de Janeiro possui uma população expressiva em situação de rua e o uso abusivo de álcool e outras drogas é uma questão relevante. Estas pessoas frequentemente sofrem violência e, por isso, muitas vezes, estão em atitudes defensivas e aparentam ausência de sentimento de pertencimento, implicando em não buscarem seus direitos fundamentais de cidadão.

Quando se trata de população em situação de rua, **a abordagem acolhedora é fundamental para a produção do cuidado, tendo em vista que esse grupo é historicamente marcado por um processo de exclusão e dificuldade de acesso aos serviços de saúde**, onde a sua presença se traduz em incômodo para alguns profissionais de saúde e para os demais usuários, ficando renegado o seu direito à atenção integral à saúde. Dessa forma, é importante considerar que para esta população, qualquer momento de oferta de cuidado deve ser uma oportunidade de fortalecimento de vínculo.

Perfil da população em situação de rua no município do Rio de Janeiro

Maior prevalência do sexo masculino
Faixa etária entre 25 e 59 anos
Ensino fundamental
Itinerante
Trabalho em situações informais como os “bicos”

Agravos à saúde mais prevalentes:

Tuberculose
Sífilis
HIV
Hepatites
Uso nocivo de álcool e outras drogas
Transtornos mentais

Os profissionais de saúde, imbuídos do compromisso ético, acolhem e recebem esta população, que apresenta uma especificidade quanto à vulnerabilidade de sua condição de vida. Num segundo passo, é importante estabelecer uma investigação clínica do usuário. São as ofertas de procedimentos clínicos, tais como os testes rápidos ou curativos, entre outras que possam ser necessárias.

Entende-se também que oferecer um espaço de escuta para a população em situação de rua que faz uso abusivo de álcool e outras drogas é uma possibilidade de reorganização subjetiva para os usuários, ou seja, de despertar gatilhos sobre as relações interpessoais, familiares, repensar potencialidades.

O trabalho com a população em situação de rua prioriza a estratégia de Redução de Danos. Desta forma, no cuidado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, a RD se potencializa e é de suma importância para a qualificação deste cuidado, que seja feito de forma compartilhada com o usuário corresponsabilizando-o pelo seu tratamento.

Em situações complexas, a elaboração do Projeto Terapêutico Singular é importante, pois possibilita a ampliação do cuidado. Pode-se contar com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e outros serviços de saúde mental do território nesta construção.

É importante que os profissionais ofereçam insumos como preservativos, gel lubrificante, água (copo), lanche para monitorar o tratamento de Tuberculose, protetor labial, quando disponível, como medidas de Redução de Danos.

Ressalta-se que a atenção à população em situação de rua do território adscrito é de responsabilidade das equipes da APS e não somente das equipes de Consultório na Rua. Sendo uma das características desta população a circulação constante por diversos territórios, é importante a articulação da rede de serviços no sentido de efetivar a coordenação do cuidado e fortalecimento do vínculo não só pela equipe do Consultório na Rua, mas também pelas equipes da APS de modo que estas também sejam referência e se responsabilizem pelo usuário.

Acesse a plataforma SUBPAV através do link:

<http://subpav.org/download/prot/Equipes%20de%20Consultorio%20na%20Rua.pdf>

e conheça onde estão implantadas as equipes de Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro

■ Efeitos das drogas na saúde bucal

O uso abusivo de álcool e outras drogas associado a fatores culturais e socioeconômicos pode se configurar como fator de risco para o aparecimento ou piora de alguns dos principais agravos em saúde bucal. Estes problemas podem resultar da exposição dos tecidos bucais durante o uso e dos efeitos neurológicos e psíquicos que podem favorecer comportamentos de risco como higiene precária, violências e outros danos. ^(39,40)

No quadro a seguir, serão apresentadas algumas das possíveis repercussões para a saúde bucal associadas ao uso abusivo de algumas drogas segundo formas de utilização. Nele também constam exemplos de estratégias para redução destes danos.

Principais repercussões para a saúde bucal do uso abusivo de drogas segundo vias de utilização e exemplos de estratégias para prevenção e redução de danos em saúde bucal

Via de uso/ Tipo de droga	Repercussões para a saúde bucal	Estratégias de prevenção de agravos/ lesões e redução de danos em saúde bucal
Drogas ingeridas: - Álcool - Medicamentos com efeitos psíquicos (calmantes, antiparkinsonianos, analgésicos opioides, antiinflamatórios e anfetaminas) - Chás de lírio, cogumelos e Ayahuasca (Santo Daime) - Maconha adicionada a alimentos (bolos, tortas, brigadeiros, etc) - LSD, Ecstasy e Ácido Gama Hidroxitiburato (GHB)	- Mau hálito (Halitose); - Xerostomia (Boca seca); - Doença periodontal (Gengivite e periodontite); - Traumatismos, fraturas e perdas dentárias decorrentes de violência física ou acidentes.	Acesso à escova, creme dental e fio dental; Ingestão constante de água; Compartilhar informações sobre comportamentos de risco e divulgar atitudes capazes de promover saúde; Informar sobre risco de intoxicação e dependência destas substâncias além de seus efeitos para a saúde bucal; Evitar uso concomitante de outras drogas; Melhor controle da prescrição de medicamentos.

<p>Drogas fumadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabaco; - Heroína; - Crack; - Maconha; - Mesclado (mistura de crack com maconha); - “Freebase” (mistura de cocaína com maconha). 	<ul style="list-style-type: none"> - Mau hálito (Halitose); - Pigmentações por produtos químicos; - Xerostomia (boca seca); - Doença periodontal (Gengivite e periodontite); - Leucoplasia; - Queimaduras e feridas nos lábios, céu da boca e mucosas da cavidade oral que podem aumentar o risco para doenças transmissíveis (ex: Hepatites B e C, HIV, etc). 	<p>Acesso à escova, creme dental e fio dental;</p> <p>Ingestão constante de água;</p> <p>Uso de cremes labiais que evitam rachaduras e ferimentos nos lábios;</p> <p>Evitar compartilhar os recipientes utilizados para o consumo (ex: copos com tampa de alumínio);</p> <p>Utilização de cachimbos individuais feitos de materiais que não liberem substâncias tóxicas (ex: vidro);</p> <p>Distribuição de preservativos masculinos e femininos para redução do risco de contrair doenças pela prática de sexo oral;</p> <p>*Lesões que não regridam em três semanas devem ser referenciadas para diagnóstico;</p> <p>Compartilhar informações sobre comportamentos de risco e divulgação de atitudes capazes de promover saúde e reduzir riscos;</p> <p>Informar sobre risco de intoxicação e dependência destas substâncias bem como seus efeitos para a saúde bucal;</p> <p>Evitar uso concomitante de outras drogas.</p>
--	--	---

Drogas inaladas/aspiradas: - Cocaína; - Loló; - Lança-perfume; - Thinner; - Éter; - Clorofórmio; - Acetona; - Cola de sapateiro.	 - Bruxismo; - Doença periodontal (Gengivite e periodontite); - Erosão dental; - Queimaduras e feridas nos lábios, céu da boca e mucosas da cavidade oral que podem aumentar o risco para doenças transmissíveis (ex: Hepatites B e C, HIV, etc).	 Acesso à escova, creme dental e fio dental; Ingestão constante de água; Uso de cremes labiais que evitam rachaduras e ferimentos nos lábios; Distribuição de preservativos masculinos e femininos para redução do risco de contrair doenças transmissíveis pela prática de sexo oral; *Lesões que não regridam em três semanas devem ser referenciadas para diagnóstico; Compartilhar informações sobre comportamentos de risco e divulgação de atitudes capazes de promover saúde e reduzir riscos; Informar sobre risco de intoxicação e dependência destas substâncias e seus efeitos para a saúde bucal; Evitar uso concomitante de outras drogas.
---	---	---

FONTE: Adaptado de MCGRATH, C.; CHAN, B., 2005.; SHEKARCHIZADEH, H.; KHAMI, M.R.; MOHEBBI, S.Z.; EKHTIARI, H.; VIRTANEN, J.I., 2013.; NIEL, M.; DA SILVEIRA, D.X., 2008 (40,41,42)

O sofrimento causado pelos problemas bucais pode potencializar o uso de drogas pelas pessoas. Assim, é necessário que as equipes de saúde da família sejam capazes de acolhê-las e construir com elas possibilidades de acesso aos cuidados em saúde bucal como parte de um plano de cuidado integral. Os CAPS AD do território também poderão contar com as equipes de saúde bucal dos territórios para acompanhamento de seus cadastrados.

O atendimento das urgências odontológicas na atenção primária pode se configurar como uma excelente oportunidade para construção e fortalecimento do vínculo das equipes de saúde bucal com as pessoas que usam drogas. Assim, o cuidado a partir da saúde bucal pode se configurar como ponte para um cuidado mais amplo e, os atendimentos odontológicos, como espaço importante de elaboração de outras demandas em saúde. Por este motivo, é importante que exista na agenda dos profissionais de saúde bucal espaço para o acolhimento destas situações. ⁽⁴³⁾

Em algumas circunstâncias as pessoas chegarão para os atendimentos sob efeito de drogas. Cabe ressaltar que este não deve ser um impedimento para que obtenham respostas às suas demandas. Atendimentos curtos, utilizando pequenas doses de anestésicos locais para evitar complicações decorrentes de interações farmacológicas com a cocaína e outras drogas estimulantes², por exemplo, podem ser bastante efetivos.

Quando for possível agendar as consultas, será necessária maior flexibilidade e tolerância com atrasos e ausências. Em situações assim, será fundamental a escuta do usuário para compreensão da dificuldade de comparecer e, quando preciso, a elaboração de uma nova proposta de cuidado mais condizente com seu momento atual. Visitas ao território para realização de buscas ativas poderão contribuir para maior aproximação do usuário.

IMPORTÂNCIA DAS VISITAS AO TERRITÓRIO PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

As visitas ao território também possibilitam às equipes de saúde bucal conhecer a realidade em que os usuários estão vivendo e visibilizar as demandas daqueles que, por algum motivo, ainda não chegam à unidade de saúde. Isto pode ajudar na elaboração de estratégias de cuidado mais coerentes com seus modos de vida e que articulem os recursos necessários para que se efetivem. Intervenções nas cenas de uso de drogas e outros locais do território podem servir para que profissionais e usuários compartilhem saberes sobre maneiras mais seguras de usar drogas, além de promoverem cuidados em saúde bucal. Obviamente, a realização deste tipo de atividade dependerá da avaliação criteriosa de aspectos como a segurança do local. Entretanto, usuários-chave, agentes comunitários de saúde, profissionais dos CAPS AD, equipes de consultório na rua e CREAS que visitam estes locais nos territórios poderão facilitar a entrada das equipes de Saúde Bucal.

² As soluções anestésicas locais que possuem em sua composição um agente vasoconstritor do grupo das aminas simpatomiméticas (adrenalina/epinefrina, noradrenalina/noraepinefrina e fenilefrina), quando usadas em grandes doses ou injetadas no interior dos vasos sanguíneos, podem interagir com drogas que o paciente faz uso produzindo reações adversas ⁽⁴⁴⁾

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, out. 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, mai. 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. Minozzo F. *Análise da implantação do apoio matricial em saúde mental entre CAPS e equipes de saúde da família: trilhando caminhos possíveis*. Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância Em Saúde. Superintendência De Atenção Primária. Coordenação de Saúde Mental. *Protocolo para atenção à demanda espontânea de pessoas em sofrimento mental nos serviços de atenção primária à saúde*. 2011.
7. Chiaverini D.H. (Org.) et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. International Harm Reduction Association. *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. International Harm Reduction Association, London, 2010.

9. Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Abuso e Dependência do Álcool*. Autorias: Marques ACPR, Ribeiro M. Agosto, 2002.
10. Viva comunidade. Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde. *Diminuir para somar*. Ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas. Disponível em http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf.
11. Florianópolis. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de atenção em saúde mental*. Município de Florianópolis. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.
12. Laranjeira, R.; Nicastrí, S.; Jerônimo, C., et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000; 22(2), 62-71.
13. Organização Mundial da Saúde. *Manual MI-GAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde*. Programa de Ação Mundial em Saúde Mental. OMS, 2010.
14. Elkashef, A.; Vocci, F.; Huestis, M., et al. Marijuana neurobiology and treatment. *Substance Abuse*; 2008; 29(3), 17-29.
15. Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Abuso e Dependência - Maconha*. Autorias: Marques ACPR, Ribeiro M. Agosto, 2002.
16. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners - Family Physicians. *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)*. Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.
17. Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos*. Autorias: Gagliardi RJ, Raffin CN, Fábio SRCPR. Fevereiro, 2008.
18. Amaral, B.D.A.; Machado, K.L.; Bruniera, L.B., et al. *Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência*. Monografia (Especialização em Farmacologia). Centro Universitário Filadélfia – Unifil, Londrina, 2012.

19. Associação Médica Brasileira. *Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos*. Associação Brasileira de Psiquiatria. Associação Brasileira de Neurologia. Outubro, 2013.
20. Gusso, G.; Lopes, J.M.C. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
21. Sampaio C. Aconselhamento em Redução de Danos. *Boletim ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS* - nº 57, fevereiro, 2010.
22. Associação Brasileira de Psiquiatria. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. *Abordagem Geral do Usuário de Substâncias com Potencial de Abuso*. Autorias: Marques ACPR, Ribeiro M. Agosto, 2002.
23. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *O uso de substâncias psicoativas no Brasil*. 7 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/ Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica, nº34*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, nº 39*. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
26. Tiveron, J.D.P.; Guanaes-Lorenzi, C. Tensões do trabalho com grupos na estratégia saúde da família. *PSICO*, Porto Alegre, 2013; 44(3), 391-401. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12200/1041>.
27. Zimerman, D.E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
28. Maricondi, M.A.; Silva, M.C.P. Conversando sobre Família. In: São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Família. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*. [manual de apoio]. São Paulo (SP), 2003.

29. Whittaker, A. (2015) *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy*. World Health Organization Geneva, Switzerland: WHO, 2014.
30. Wong, S.; Ordean, A.; Kahan, M. Substance use in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2011; 33(4), 367-384.
31. Al-Mabslai, R.; Gowri, V. Woman-Centered Care in Pregnancy and Childbirth. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 2011; 11(2), 291-292.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
33. Simas, R.S.; Cruz, M.S. *Abordagem de População em Situação de Rua* in Desenvolvendo e Articulando o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade. Mastigai et al (orgs.) - 1. ed. - Curitiba, PR: CRV. 2015; 91-98.
34. Dios, V.C. Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua. In: CARVALHO, D.B.B.; SILVA, M.T. (Org). *Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI*. Cadernos do PRODEQUI 1. Brasília: MS/COSAM; UnB/ PRODEQUI; UNDCP, 1999.
35. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília: Presidência da República, 2001.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

38. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria em Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV*. Brasília, 2015.
39. University of Liverpool. *The HIV drug interaction website*. Disponível em <http://www.hiv-druginteractions.org/>. Acessado em 10 de maio de 2016.
40. McGrath, C.; Chan, B. Oral health sensations associated with illicit drug abuse. *British Dental Journal*. 2005; 198(3).
41. Shekarchizadeh, H.; Khami, M.R.; Mohebbi, S.Z.; Ekhtiari, H.; Virtanen, J.I. Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care. *Iranian Journal of Public Health*, 2013; 42(9), 929-94.
42. Niel, M.; Da Silveira, D.X. *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2008.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica Nº17*. Saúde Bucal. Ministério da Saúde, Brasília, 2008.
44. Cabral, L.; Mildemberger, M.; Assis, P.; Almeida, P.; Lindolm, R.; Burci, L.M. A ação dos anestésicos locais em pacientes usuários de cocaína. *Revista Gestão e Saúde*. 2014; 11, 22-17.
45. Méndez, E.B. *Uma versão brasileira do AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.
46. Henrique, I.F.S.; Micheli, D.; Lacerda, R.B.; Lacerda, L.A.; Formigoni, M.L.O.S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2004; 50(2), 8.

Anexo A

QUESTIONÁRIO AUDIT

Circule o número que ficar mais próximo à resposta dada:

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca (1) Uma vez por mês ou me- (2) Duas a quatro ve- (3) Duas a três vezes (4) Quatro ou mais
nos zes por mês por semana vezes por semana

2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma tomar?

- (0) 1 ou 2 “doses” (1) 3 ou 4 “doses” (2) 5 ou 6 “doses” (3) 7 a 9 “doses” (4) 10 ou mais “do-
ses”

3. Com que frequência você toma seis ou mais doses em uma ocasião?

- (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por sema- (4) Todos os dias ou
mês na quase todos

4. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

- (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por sema- (4) Todos os dias ou
mês na quase todos

5. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

- (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por sema- (4) Todos os dias ou
mês na quase todos

6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

- (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por sema- (4) Todos os dias ou
mês na quase todos

7. Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?

- (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos

8. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

- (0) Nunca (1) Menos que uma vez ao mês (2) Uma vez ao mês (3) Uma vez por semana (4) Todos os dias ou quase todos

9. Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou porque você bebeu?

- (0) Não (2) Sim, mas não no último ano (4) Sim, durante o último ano

10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou te disse para parar de beber?

- (0) Não (2) Sim, mas não no último ano (4) Sim, durante o último ano

Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em “doses”:

CERVEJA: 1 copo (de chope – 350ml), 1 lata – 1 “DOSE” ou garrafa – 2 “DOSES”

VINHO: 1 copo comum grande (250ml) – 2 “DOSES” – 2 “DOSES” ou 1 garrafa – 8 “DOSES”

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1 “martelinho” (60ml) – 2 “DOSES”

1 “martelo” (100ml) – 3 “DOSES” OU 1 garrafa – mais de 20 “DOSES”

UISQUE, RUM, LICOR, etc.: 1 “dose de dosador” (45-50ml) – 1 “DOSE”

Observações:

- Nas questões número 1 e 3, caso não seja compreendido, substitua por “com que frequência” ou “quantas vezes por ano, mês ou semana”; nas questões 4 a 8, substitua por de quanto em quanto tempo”.
- Nas questões número 4 a 8 caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de (corrente) do ano passado.
- Na questão 3 substitua “seis ou mais doses” pela quantidade equivalente das bebidas no(s) recipientes em que são consumidas. Ex. “.....três garrafas de cerveja ou mais”...

A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos itens do AUDIT permite a classificação do uso da substância da seguinte forma:

Baixo risco – 0 a 7 pontos;

Uso de risco – 8 a 15 pontos;

Uso nocivo – 16 a 19 pontos;

Provável dependência – 20 a 40 pontos.

A partir da identificação da zona de risco, torna-se possível ao profissional oferecer orientações personalizadas, focadas no padrão de consumo individual.

FONTE: Méndez, E.B., 1999. ⁽⁴⁵⁾

Anexo B

QUESTIONÁRIO ASSIST

Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias:

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS
a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. anfetaminas ou êxtase (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
i. opióides (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
j. outras, especificar:

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

SE “NÃO” em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?

Se “NÃO” em todos os itens, pare a entrevista.

Se “SIM” para alguma droga, continue com as demais questões.

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opioides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

Se “**NUNCA**” em todos os itens da **questão 2** pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões.

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opioides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1:

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
	()	()	()

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

- Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos -> Intervenção Breve incluindo cartão de “riscos associados com o uso injetável”
- Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos -> Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco	0-3	4-26	27 ou mais
Alcool	0-10	11-26	27 ou mais
Maconha	0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína	0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas	0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes	0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos	0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos	0-3	4-26	27 ou mais
Opióides	0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica

- Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).
 - Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
 - Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
- Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

Fonte: Henrique, I.F.S.; Micheli, D.; Lacerda, R.B.; Lacerda, L.A.; Formigoni, M.L.O.S. (46)

Anexo C

PRINCIPAIS CÓDIGOS DA CID-10 E CIAP-2

CID-10	CIAP-2	DESCRIÇÃO
F10 - F10.9	P15 e P16	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F12 – F12.9	P19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
F13 – F13.9	P18 e P19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
F14 – F14.9	P19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
F15 – F15.9	P19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
F16 – F16.9	P19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
F17 – F17.9	P17	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
F18 – F18.9	P19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
F19 – F19.9	P18 e P19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

FONTE: Adaptado do World Organization of National Colleges. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2), 2009 (16)

Formato: 21 x 14,8cm | Tipografia: Arial, Times
Papel: Couché 90g (miolo), Supremo Duo Design 300g (capa)

Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

SMS - RJ / SUBPAV / SAP

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar
Cidade Nova
CEP: 20.211-110
Rio de Janeiro / RJ

www.rio.rj.gov.br/web/sms

