



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PRC SARAD 002

PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD

PRC SARAD

002

- PÁG.: 1/15

EMISSÃO: 22/05/2021

REVISÃO Nº

:

1. OBJETIVO:

Esse protocolo foi elaborado com objetivo de unificar as condutas no serviço quanto ao processo de admissão do paciente, quanto aos critérios para aceite de solicitação de internação e de nortear o corpo clínico quanto aos critérios para a transformação da internação em involuntária no tratamento da dependência química, visando a melhora prática clínica/psiquiátrica respeitando-se os preceitos legais e éticos e as liberdades individuais dos pacientes.

2. PÚBLICO ALVO:

Médicos clínicos e psiquiatras contratados e médicos plantonistas, que prestam assistência aos pacientes adolescentes e adultos, que se incluem nos critérios de admissão e tratamento no SARAD.

3. DEFINIÇÕES E CONSIDERAÇÕES:

De acordo com o II Livroto informativo sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil de 2005 elaborado pelo CEBRID, o uso de álcool nas maiores cidades do país foi de 74,6%. De tabaco, 44%. De qualquer droga exceto álcool e tabaco 22,8%. O desejo de parar ou diminuir o uso de álcool foi citado por 11,4% dos entrevistados e a perda de controle em beber 9,1%. Dos entrevistados, 8,2% referem ter usado tabaco mais frequentemente ou em maiores quantidades do que gostariam; 8,8%, já ter usado maconha; 2,9%, já terem usado cocaína e 0,7% referem já ter feito uso de crack.

Atenderam aos critérios do questionário SAMHSA para dependência química 12,3% para o álcool, 10,1% para o tabaco.

Dado a epidemiologia e a alta prevalência do uso de substâncias e do quadro de dependência química na população geral surge a demanda pelo serviço especializado no manejo e tratamento do usuário de SPA (substâncias psicoativas) hoje, no Brasil, majoritariamente organizado em torno dos CAPS/CAPS-AD.

Entretanto, apesar do tratamento ambulatorial suprir a maior parte da demanda, existem situações de risco e de urgências/emergências clínicas e psiquiátricas associadas ao uso de melhores manejos no contexto da internação.

Dessa forma, esse serviço propõe uma abordagem a tais usuários de risco com internação fechada para desintoxicação e também elaboração do projeto terapêutico individual e articulação da rede de atenção em saúde mental do respectivo município ainda durante a internação.



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PRC SARAD 002 PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD

PRC SARAD 002 - PÁG.: 2/15 EMISSÃO: 22/05/2021 REVISÃO Nº :

A internação psiquiátrica, voluntária ou involuntária, em estabelecimento de saúde integrante ou não do Sistema Único de Saúde, encontra-se regulamentada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/SAS 2391/2002, que segue o disposto na Lei 10.216/20011.

De acordo com a norma, a internação psiquiátrica deve ter “a menor duração temporal possível”.

Ainda, a novíssima lei 13840/2019 reconhece a internação do dependente químico quando recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e permite a internação involuntária de até 90 dias quando constatada a existência de motivos que justifiquem a medida.

4. DIAGNÓSTICO

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID 10

- F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
- F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
- F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides
- F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de hipnóticos
- F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína
- F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cocaína
- F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
- F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
- F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
- F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas substâncias.

4.1 Fluxograma:



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PRC SARAD 002

PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD

PRC SARAD

002

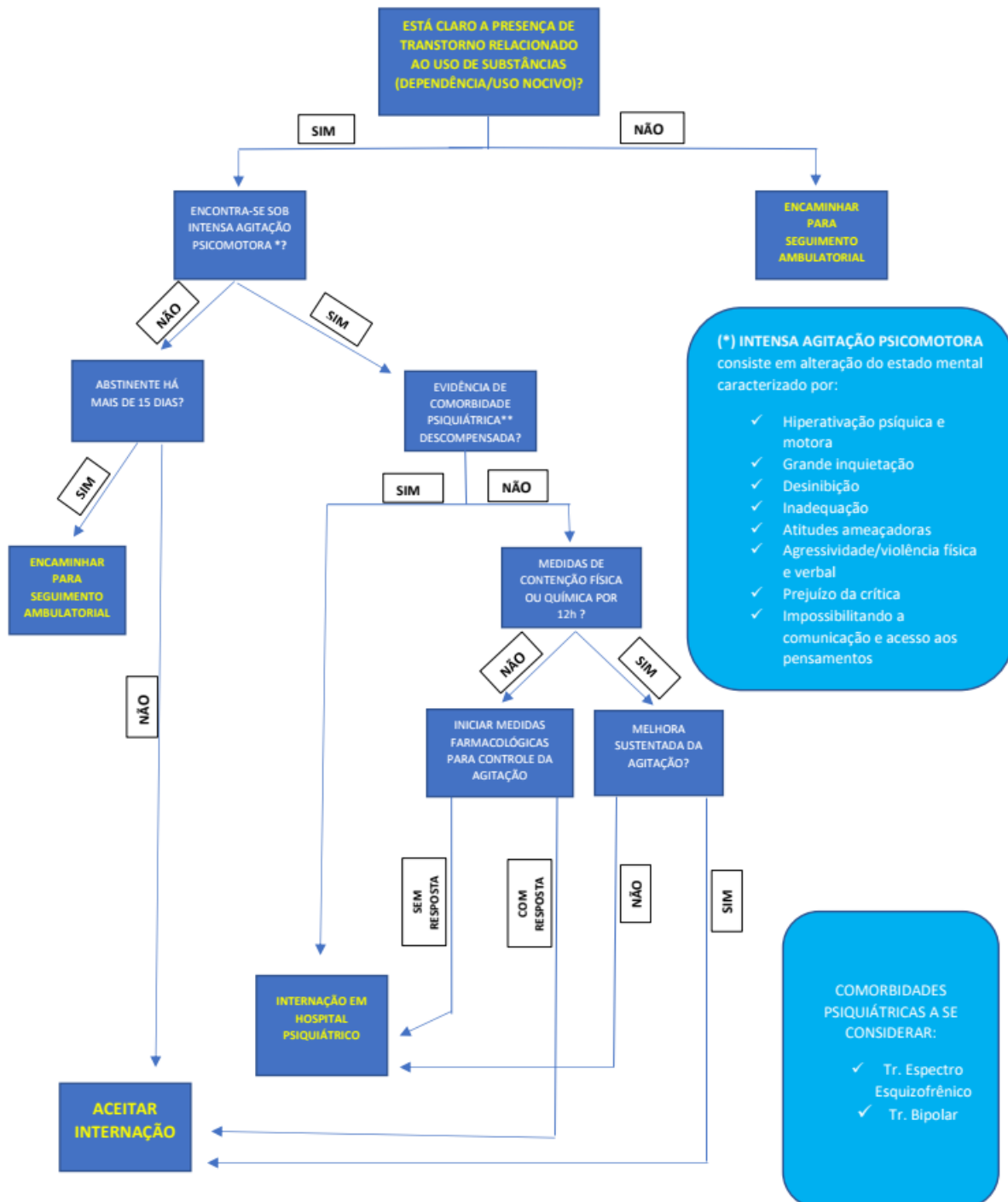
- PÁG.: 3/15

EMIÇÃO: 22/05/2021

REVISÃO Nº

:

CRITÉRIOS PARA ACEITAÇÃO DE INTERNAÇÃO SARAD



SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PRC SARAD 002

PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD

PRC SARAD 002 - PÁG.: 4/15 EMISSÃO: 22/05/2021 REVISÃO Nº :

5. TRATAMENTO / CONDUTAS / RECOMENDAÇÕES

5.1 Critérios de internação.

Ao receber a solicitação de vaga via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o médico clínico plantonista ou diarista deverá avaliar se o caso preenche os critérios de internação em serviço para tratamento hospitalar de dependência química.

São critérios de internação no SARAD: transtorno por uso de substâncias/dependência química (anexos 1 e 2), com insucesso ou recusa de tratamento ambulatorial e/ou situação de vulnerabilidade. Risco de abstinência grave ou crise moderada a grave de abstinência. Transtorno por uso de substâncias com ideação suicida, risco de auto ou heteroagressividade. Transtorno psicótico, quadro de mania ou episódio depressivo grave induzido pelo uso de substâncias psicoativas. Urgência ou emergência clínica (convulsões, rabdomiólise, síndrome de Wernick, desidratação grave, sepse, neurosífilis) ou comorbidade clínica descompensada (alterações hidroeletrólíticas, hepatite alcoólica, beribéri, pelagra, tuberculose pulmonar, pancreatite aguda ou crônica) sem instabilidade hemodinâmica.

Entendemos como situação de vulnerabilidade: vulnerabilidade biopsicossocial: situação de rua, furtos, prostituição ou esmola para sustentar o consumo, sem contingência familiar ou incapacidade grave de autocuidados; comorbidades neuropsiquiátricas e clínicas descompensadas pelas condições atuais do paciente.

O médico clínico deverá avaliar, também, se há critérios de exclusão para a internação no SARAD. São eles: período de abstinência maior que 15 dias; agitação e agressividade intensa associado a quadro psicótico, de mania ou orgânico, sem melhora com medidas de contenção verbal ou química; instabilidade hemodinâmica; comorbidade clínica que necessite de avaliação urgente de especialista e necessidade urgente de procedimento não disponível no serviço. Citamos como exemplos: choque de qualquer origem, insuficiência respiratória aguda, rebaixamento grave do nível de consciência, Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico em janela, trabalho de parto em fase ativa, encefalopatia hepática grau 3 ou mais e hemorragia digestiva alta. Nesses casos, proceder com admissão, realizar medidas iniciais disponíveis no serviço e em seguida realizar interconsulta através do sistema MVPEP para SEC e acionar imediatamente o NIR.

Os pacientes admitidos em agitação psicomotora de difícil controle deverão receber contenção química e física, seguindo o protocolo de contenção. Nos casos de internação compulsória, deve-se comunicar o juiz responsável pela solicitação da necessidade de transferência, caso o médico clínico e/ou psiquiatra entenda que o Serviço não comporta atender o paciente, sendo um hospital geral ou psiquiátrico mais adequado para tal atendimento.

Caso não estejam presentes a dependência química ou uso nocivo, notificar o médico solicitante e contra-referência o paciente para o serviço de origem, desde que a origem tenha como receber o paciente.



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD

PRC SARAD 002

PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD

002

- PÁG.: 5/15

EMIÇÃO: 22/05/2021

REVISÃO Nº

:

Em casos de pacientes sem uso de SPA, mas que ainda necessitem de internação e a origem não tiver condições de receber o paciente orienta-se realizar admissão, preencher contra-referência para outro serviço mais adequado e avisar o NIR, visando não deixar paciente desassistido.

5.2 Caráter da internação.

A internação pode ter caráter voluntário, quando o paciente consente e não há mandato judicial, compulsória, por ordem judicial, ou involuntária, quando não há ordem judicial para internação, o paciente não apresenta o juízo crítico e/ou autodeterminações preservadas e manifesta recusa à internação, ou no caso de gestação em curso, quando há o entendimento que uma alta colocaria a saúde do feto em risco. A internação involuntária na dependência química está em conformidade com o previsto pela lei 13840/2019.

São considerados critérios para internação involuntária de pacientes com transtorno por uso de álcool e outras drogas no SARAD: quadros de mania, surtos psicóticos, delirium, delirium tremens, intoxicações agudas. Agitação psicomotora, com risco de auto ou heteroagressão. Deficit intelectual moderado ou grave com prejuízo na autodeterminação e autocuidado. Pacientes com vulnerabilidade biopsicossocial com risco elevado de morte e sem adesão ao tratamento ambulatorial.

Cabe ao médico de plantão ou ao diarista avaliar a necessidade de transformação da internação em involuntária. Havendo dúvida, deverá discutir o caso com um dos médicos atuando em psiquiatria no serviço.

O paciente que não desejar a internação e não possuir critério para tornar a internação involuntária deverá ser contra-referenciado ao serviço de origem. Caso o paciente deseje iniciar tratamento para dependência química poderá ser encaminhado à triagem do CAPS-AD com uma carta simples de encaminhamento.

5.3 Local de internação.

Na consulta de admissão, o médico clínico diarista ou plantonista deverá avaliar a necessidade de internação em unidade de desintoxicação, seguindo os seguintes critérios:

- Síndrome de abstinência grave (CIWA-AR > 18), ou risco de síndrome de abstinência grave. (relato de apresentar uso de álcool intensificado, e/ou relato de sintomas de abstinência grave, com último uso menos 48 horas).
- Agitação psicomotora, risco de auto ou heteroagressividade.
- Instabilidade clínica.
- Risco de queda elevado.
- Risco e tentativa de suicídio planejado.



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD

PRC SARAD 002

PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002 - PÁG.: 6/15 EMISSÃO: 22/05/2021 REVISÃO Nº :

5.4 Aplicação da Escala Cocaine Craving Questionnaire – Brief (CQC-B) – Versão Brasileira Adaptada para o Crack.

A escala deve ser acessada no prontuário eletrônico do paciente em “Registro Clínico” – “Avaliação”, preenchendo o campo de busca com Cocaine Craving Questionnaire.

Dever ser preenchida a escala no momento da admissão de todo paciente usuário de crack.

5.5 Exames laboratoriais admissão.

Na admissão deverão ser solicitados os seguintes exames laboratoriais, caso não tenham sido colhidos no serviço de origem (PEP):

- Hemograma
- Urina 1
- CPK
- Ureia
- Creatinina
- TGO
- TGP
- Potássio
- Magnésio
- Sódio
- Sífilis
- Hepatite
- HIV

Se sexo feminino: Beta-hcg

Acrescentar no pedido, se dependência de álcool:

- Fosfatase alcalina
- Gama GT
- Bilirrubina
- TAP

Se paciente com internação recente neste serviço (3 meses) seguir a cartilha do Ministério da Saúde. No momento da admissão, tendo relato de exposição de risco por meio da anamnese, plantonista ou clínico devem solicitar sorologias novamente (atentar para janela imunológica de 30 dias).



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD

PRC SARAD 002

PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD

002

- PÁG.: 7/15

EMISSÃO: 22/05/2021

REVISÃO Nº

:

5.6 Avaliação de especialista.

Em caso de dúvida com relação aos diagnósticos supracitados, o médico plantonista ou assistente poderá proceder com a internação e solicitar avaliação breve da psiquiatria para esclarecimento diagnóstico, informando a equipe e anotando no prontuário eletrônico. Deve comunicar aos psiquiatras do serviço, via grupo de Whatsapp específico, os pacientes que devem ser priorizados para avaliação.

6. AUTORES E REVISORES RESPONSÁVEIS PELO PROTOCOLO

6.1. Autores / Colaboradores – Rodolfo Mazeto Theotônio (Clínico SARAD), Júlia Laurindo Giacomini (Enfermeira SARAD), Gustavo Bigaton Lovadini (Psiquiatra SARAD), Fernando Cordeiro Pimentel (Diretor SARAD), Rebeca Jesumary Gonçalves (Psiquiatra SARAD), Nilza Martins Ravazoli Brito (Gerente de Enfermagem SARAD).

6.2. Revisores – Dr.^a Marise Pereira da Silva.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GALDORUOZ JCF. II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País. 2005. Cebrid, São Paulo: 2006.

- BRASIL LEI 10216 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

- BRASIL PORTARIA Nº 2391/GM/MS, de dezembro de 2002.

- BRASIL LEI 13840 de Junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). A decisão de transformar ou não uma internação psiquiátrica voluntária em involuntária em casos de droga-adição se insere no âmbito da autonomia médica. Parecer normativo, n. 68.130, de 01 de julho de 2011. Relato: conselheiro Mauro Gomes Aranha de Lima, São Paulo.



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PRC SARAD 002

PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD

PRC SARAD 002

- PÁG.: 8/15

EMISSÃO: 22/05/2021

REVISÃO Nº

:

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil) Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Resolução número 2232/2019 de 16 de setembro de 2019. Relato: Mauro Luiz de Britto Ribeiro.

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil) Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Resolução número 2057/2013 de 12 de Novembro de 2013. Relato: Emmanuel Fortes Silveira Cavalvanti.

- ZOLDAN, LGV; RIBEIRO, M. CRATOD 15 anos: Uma proposta de cuidado ao Dependente Químico, São Paulo: 2017. 372 p.

- SULLIVAN, JT; SYKORA, K; SCHNEIDERMAN, J; NARANJO, CA; SELLERS, EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction. 1989. 84(11): 1353.

- DALGARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2 ed. Porto Alegre: Ed Artmed. 2008.

- MARTINS HS; BRANDÃO NETO RA; VELASCO IT. Medicina de Emergência: Abordagem prática. 11. ed, São Paulo: Ed Manole. 2018. 1550 p.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. vol.1. 5.

- LARANJEIRA R, NICASTRI S, JERONIMO C, MARQUES AC. Consenso sobre a síndrome de Abstinência do Álcool e seu tratamento. Rev. Brasileira de Psiquiatria, 2000;22(2):62-71.

- DIEHL A, CORDEIRO DC, LARANJEIRA R. Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Ed Artmed. 2011.

- HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2010. 98 p.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD

PRC SARAD 002

PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD

002

- PÁG.: 9/15

EMIÇÃO: 22/05/2021

REVISÃO Nº

:

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1 – Códigos do CID 10

- Os Códigos para dependência química encontram-se entre F10-F19

De acordo com o CID-10 o diagnóstico de dependência química é feito com a presença de pelo menos 1 ano, de 3 ou mais dos seguintes critérios:

8.1.1. Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;

8.1.2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância.

8.1.3. Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para determinada substância ou o uso de uma substância intimamente relacionada, com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

8.1.4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar os mesmos efeitos que se alcançava quando começou a ingerir a substância.

8.1.5. Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos.

8.1.6. Persistência no uso da substância, mesmo compreendendo que a mesma é nociva, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humores depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga.

Ainda de acordo com o CID-10 uso nocivo é: padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos. O uso nocivo corresponde ao abuso de substâncias.

- Os códigos para abstinência alcoólica encontram-se em F10.3 e F10.4.

F10.3 – síndrome de abstinência não complicada.

F10.4 – síndrome de abstinência com delirium tremens.



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD

PRC SARAD 002

PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD



PRC SARAD 002

- PÁG.: 10/15

EMIÇÃO: 22/05/2021

REVISÃO Nº

:

A Síndrome de abstinência alcoólica se caracteriza por um conjunto de sintomas, de agrupamento e gravidade variáveis, ocorrendo em abstinência absoluta ou relativa do álcool, após uso repetido e usualmente prolongado e/ou uso de altas doses.

O início e o curso do estado de abstinência são limitados no tempo e relacionados à dose de álcool consumida imediatamente antes da parada e da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode ser complicada com o aparecimento de convulsões. Os sintomas mais frequentes são: hiperatividade autonômica; tremores; insônia; alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; agitação psicomotora; ansiedade; e convulsões tipo grande mal.

Síndrome de abstinência alcoólica com delirium tremens inclui a tríade de sintomas inclui obnubilação de consciência, confusão, alucinações e ilusões vívidas, afetando qualquer modalidade sensorial e com tremores marcantes. Delírios, agitação, insônia ou inversão do ciclo do sono e hiperatividade autonômica estão também usualmente presentes.

- **Os códigos para síndrome de abstinência por crack/cocaína são F14.3 e F14.4**

Síndrome de abstinência por crack/cocaína se caracteriza por piora importante do humor, hipersonia, esgotamento físico e sintomas depressivos (crash – 3 a 4 dias) e irritabilidade, alteração do afeto e craving (síndrome disfórica tardia – 2 semanas a 4 meses)

**** Cada substância psicoativa possui sua síndrome de abstinência, não descritas aqui pois Álcool e crack/cocaína constituem quase a totalidade da demanda do serviço.**

8.2. Anexo 2

O DSMV não inclui o conceito de uso nocivo e define 11 critérios diagnósticos para dependência química, a serem:

8.2.1. Uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado;

8.2.2. Desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo;

8.2.3. Gasto importante de tempo em atividades para obter a substância;

8.2.4. Fissura importante;

8.2.5. Deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso;

8.2.6. Continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais;

8.2.7. Restrição do repertório de vida em função do uso;



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PRC SARAD 002 PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD

PRC SARAD 002 - PÁG.: 11/15 EMISSÃO: 22/05/2021 REVISÃO Nº :

8.2.8. Manutenção do uso apesar de prejuízos físicos;

8.2.9. Uso em situações de exposição a risco;

8.2.10. Tolerância;

8.2.11. Abstinência;

E caracteriza:

- Dependência leve: presença de dois ou três dos onze critérios por um período de um ano.
- Dependência moderada: presença de quatro ou cinco dos onze critérios por um período de um ano.
- Dependência grave: presença de mais de seis dos onze critérios por um período de um ano.

8.3. Anexo 3

CIWA-Ar é uma ferramenta para aferição do nível de gravidade da síndrome de abstinência que pode ajudar 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.



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PRC SARAD 002

PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD

PRC SARAD 002

- PÁG.: 12/15

EMISSÃO: 22/05/2021

REVISÃO Nº

:

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Nome: _____

Pulso ou FC: _____

PA: _____

Data: _____

Hora: _____

1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?

- | | |
|---|--|
| 0 | Não |
| 1 | Náusea leve e sem vômito |
| 4 | Náusea recorrente com ânsia de vômito |
| 7 | Náusea constante, ânsia de vômito e vômito |

2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:

- | | |
|---|--|
| 0 | Não |
| 1 | Não visível, mas sente |
| 4 | Moderado, com os braços estendidos |
| 7 | Severo, mesmo com os braços estendidos |

3. Sudorese:

- | | |
|---|---------|
| 0 | Não |
| 4 | Facial |
| 7 | Profusa |

4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?

Código da questão 8

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

Código da questão 8

6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?

- | | | | |
|---|------------|---|-----------------------|
| 0 | Não | 4 | Alucinações moderadas |
| 1 | Muito leve | 5 | Alucinações graves |
| 2 | Leve | 6 | Extremamente graves |
| 3 | Moderado | 7 | Contínua |

7. Você se sente nervoso (a)? (observação)

- | | |
|---|---|
| 0 | Não |
| 1 | Muito leve |
| 4 | Leve |
| 7 | Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo? |

8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?

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

9. Agitação: (observação)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 0 | Normal |
| 1 | Um pouco mais que a atividade normal |
| 4 | Moderadamente |
| 7 | Constante |

10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)

- | | |
|---|---|
| 0 | Orientado |
| 1 | Incerto sobre a data, não responde seguramente |
| 2 | Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias |
| 3 | Desorientado com a data, com mais de 2 dias |
| 4 | Desorientado com o lugar e pessoa |

Score _____



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PRC SARAD 002 PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD

PRC SARAD 002 - PÁG.: 13/15 EMISSÃO: 22/05/2021 REVISÃO Nº :

8.4. Anexo 4 – COCAINE CRAVING QUESTIONNAIRE – BRIEF (CCQ-B) – VERSÃO BRASILEIRA ADAPTADA PARA O CRACK

Indique o quanto você concorda ou discorda de cada uma das frases abaixo marcando em apenas um dos números entre DISCORDO TOTALMENTE e CONCORDO TOTALMENTE. Quanto mais próxima for a marca de um dos lados, mais você concordará ou discordará da frase. Por favor, complete cada item. Gostaríamos de saber o que você pensa e sente agora enquanto responde ao questionário.

1. Eu desejo tanto fumar crack que quase posso sentir seu gosto.

DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE

2. Eu tenho um desejo muito forte pelo crack.

DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE

3. Vou fumar crack assim que puder.

DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE

4. Acho que poderia resistir a fumar crack neste momento.

DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE

5. Eu estou com fissura pelo crack agora.

DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE

6. Tudo que queria fazer agora era fumar crack.

DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE

7. Não sinto nenhum desejo pelo crack neste momento.

DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE

8. Fumar crack agora faria as coisas parecerem perfeitas.

DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE

9. Eu vou fumar crack assim que tiver a chance.

DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE

10. Nada seria melhor do que fumar crack agora.

DISCORDO TOTALMENTE 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 CONCORDO TOTALMENTE



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PRC SARAD 002 PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD

PRC SARAD 002 - PÁG.: 14/15 EMISSÃO: 22/05/2021 REVISÃO Nº :

Pontos de Corte do CCQ-B – Versão Brasileira Adaptada para o Crack

Escala Grau craving CCQ-B – Versão Brasileira Adaptada para o Crack –

	Escore Total	Fator 1	Fator 2
Mínimo	0 a 11 pontos	0 a 7 pontos	0 a 2 pontos
Leve	12 a 16 pontos	8 a 9 pontos	3 a 4 pontos
Moderado	17 a 22 pontos	10 a 11 pontos	5 a 6 pontos
Grave	23 ou mais pontos	12 pontos	7 ou mais pontos

Araujo RB, et al. / Rev Psiq Clín. 2010;37(5):195-8 D.X. da Silveira et al. / Psychiatry Research 142 (2006) 257–259.



PROTOCOLO CLÍNICO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS - SARAD



PRC SARAD 002 PROTOCOLO CLÍNICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD

PRC SARAD 002 - PÁG.: 15/15 EMISSÃO: 22/05/2021 REVISÃO Nº :

9. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

	<p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 - Botucatu - São Paulo - Brasil Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 - E-mail qualidade.hcfmb@unesp.br</p>	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO		

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO			
1.1. Título: PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLINICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD			
1.2. Área Responsável: SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E DROGAS – SARAD			
1.3. Data da Elaboração: 17/08/2021 Total de páginas: 15 Data da Revisão: ___/___/___ Número da Revisão:			
1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dados (nome completo e número de registro profissional) durante a vigência do documento: Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:			
Nome	Função	Setor	Assinatura
Rodolfo Mazeto Theotônio	Médico Clínico	SARAD	
Júlia Laurindo Giacomini	Enfermeira	SARAD	
Gustavo Bigaton Lovadini	Médico Psiquiatra	SARAD	
Fernando Cordeiro Pimentel	Diretor	SARAD	
Rebeca Jesumary Gonçalves	Médica Psiquiatra	SARAD	
Nilza Martins Ravazoli Brito	Gerente de Enfermagem	SARAD	
2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):			
Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: PRC SARAD 002 – PROTOCOLO CLINICO DE ADMISSÃO E TRATAMENTO NO SARAD.			
Também autorizo a exposição do meu nome completo.			
Data: ___/___/___	Assinatura: Diretoria Clínica: Dr.ª Marise Pereira da Silva		