FHEMIG®
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Protocolos CLÍNICOS

27

ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br e na intranet da Fhemig

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
DIRETORIA HOSPITALAR
COMISSÃO CENTRAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens acrescentadas a esta edição é dos autores. A responsabilidade pelos direitos autorais das versões anteriores permanece dos autores dessas versões. O conteúdo desta e de outras obras da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pode ser acessada na página <www.fhemig.mg.gov.br>.

PC 027 ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

2ª Edição – 2023.

AUTORES

Ana Tereza Medrado Correia[1]
Roberta Pádua Moraes[2]
Viviani de Rezende Carvalho[3]

COLABORADORES

Guilherme Donini Armiato[4]
Desirée Mainart Braga[5]
Camila de Andrade Oliveira[6]

VALIDADORES

Marcela Fernanda Lemke[7]
Rosemary Gomes de Carvalho Rocha[8]
Lara Drummond Paiva[9]
Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos[10]

AUTORES DA VERSÃO ANTERIOR

Vanusa Fortes Ribeiro, Eliane Mussel e Guilherme Freire Garcia (2013)

[1] Enfermeira, especialista em Saúde Mental do CMT
[2] Diretora Hospitalar do CMT
[3] Médica psiquiatra do Centro Mineiro de Toxicomania
[4] Médico do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde/DIRASS
[5] RT do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde/DIRASS
[6] Acadêmica de Enfermagem do Núcleo de Tecnologia e Inteligência em Saúde/DIRASS
[7] Enfermeira do Centro Mineiro de Toxicomania
[8] Psicóloga do Centro Mineiro de Toxicomania
[9] Gerente de Diretrizes Assistenciais/DIRASS
[10] Diretora Assistencial/FHEMIG

APRESENTAÇÃO

O cuidado centrado no paciente e a promoção da gestão hospitalar baseada em evidências científicas são algumas premissas que norteiam o trabalho da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), desde a sua inauguração em 03 de outubro de 1977.

A Fundação é uma das maiores gestoras de serviços públicos do país, atuando sempre em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Oferece serviços de alta e média complexidade e exerce papel de relevância e impacto macrorregional e estadual. É composta por 19 Unidades Assistenciais - organizadas por complexos - e o Sistema Estadual de Transplantes. Nesse cenário assistencial desafiador, possui papel de destaque em ensino e pesquisa, sendo um dos grandes centros formadores de profissionais de saúde com vivência em saúde pública do país.

Nosso interesse genuíno pelo fortalecimento da saúde pública, por meio da formulação e implementação de diretrizes clínicas assistenciais, faz com que esteja em foco a nossa responsabilidade social, com a produção e divulgação de Linhas de Cuidado e Protocolos Clínicos, que têm sido amplamente utilizados para consulta e apoio em serviços de saúde pública.

Este Protocolo sistematiza ações para o manejo de usuários de álcool e drogas, sendo aplicável à realidade de todas as Unidades Assistenciais da FHEMIG e de extrema relevância para aquelas inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado.

A integração da FHEMIG com a rede SUS, por meio de um diálogo vivo e efetivo com a RAS e com o gestor pleno, impacta nas definições de competências e na equidade, proporcionando maior qualidade aos serviços ofertados.

Dra. Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretora Assistencial da FHEMIG

EXPEDIENTE FHEMIG

Presidência

Renata Ferreira Leles Dias

Chefe de Gabinete

Carolina Santos Lages

Diretoria Assistencial

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Diretoria de Contratualização e Gestão da Informação

Diana Martins Barbosa

Diretoria de Gestão de Pessoas

Ana Costa Rego

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças

Lucas Salles de Amorim Pereira

Controladoria Seccional

Ana Carolina de Aguiar Vicente

Procuradoria

João Viana da Costa

Assessoria de Gestão Estratégica e Projetos

Bárbara Campos de Andrade

Assessoria de Parcerias

Flávia Moreira Fernandes

Assessoria de Comunicação Social

Michèlle de Toledo Guirlanda

UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FHEMIG

Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência

Hospital Infantil João Paulo II | Hospital João XXIII |
Hospital Maria Amélia Lins - Fabrício Giarola Oliveira

Complexo Hospitalar de Especialidades

Hospital Alberto Cavalcanti | Hospital Júlia Kubitschek - Samar Musse Dib

Unidades Assistenciais de Saúde Mental

Centro Mineiro de Toxicomania - Roberta Pádua Moraes
Centro Psíquico da Adolescência e Infância - Virgínia Salles de Resende M. de Barros
Instituto Raul Soares - Marco Antônio de Rezende Andrade

Complexo Hospitalar de Barbacena

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo - Claudinei Emídio Campos

Unidades Assistenciais de Referência

Hospital Regional Antônio Dias - Polyana de Oliveira Caires
Hospital Regional João Penido - Daniel Ortiz Miotto
Maternidade Odete Valadares - José Luiz de Almeida Cruz
Hospital Eduardo de Menezes - Virgínia Antunes de Andrade Zambelli

Unidades Assistenciais de Reabilitação e Cuidados Integrados

Casa de Saúde Padre Damião - Adelton Andrade Barbosa
Casa de Saúde Santa Fé - Roberto Rodrigues Corrêa
Casa de Saúde Santa Izabel - Gabriella Rodrigues da Silva
Casa de Saúde São Francisco de Assis - Vanessa Cristina Leite da Silveira
Hospital Cristiano Machado - Andreza Conceição Lopes Vieira Sete

Sistema Estadual de Transplantes

MG Transplantes - Omar Lopes Cançado Júnior

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

CID: Classificação Internacional de Doenças

FHEMIG: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

OMS: Organização Mundial de Saúde

PTS: Projeto Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SOU: Serviço de Orientação ao Usuário

SPA: Substância Psicoativa

SUS: Sistema Único de Saúde

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 7
2 PALAVRAS CHAVE 8
3 OBJETIVOS 8
4 POPULAÇÃO ALVO 8
5 UTILIZADORES POTENCIAIS 9
6 METODOLOGIA 9
7 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS 9
8 MATERIAL/ PESSOAL NECESSÁRIO 10
9 ATIVIDADES ESSENCIAIS 10
9.1 CLASSIFICAÇÃO DE USO DAS SUBSTÂNCIAS 10
9.2 COCAÍNA/CRACK 12
9.2.1 Elementos da Síndrome de Intoxicação 12
9.2.1.1 Sintomas físicos 12
9.2.1.2 Critérios para internação clínica 13
9.2.2 Elementos da Síndrome de Abstinência 13
9.3 ÁLCOOL 14
9.3.1 Elementos da Síndrome de Intoxicação Alcoólica 14
9.3.2 Elementos da Síndrome de Abstinência Alcoólica 15
9.4 MACONHA 15
9.4.1 Elementos da intoxicação por Cannabis 15
9.4.2 Elementos da Abstinência por Cannabis 16
9.5 BENZODIAZEPÍNICOS 17
9.5.1 Elementos da intoxicação por benzodiazepínicos 17
9.6 AVALIAÇÕES 18
9.6.1 Avaliação Médica 19
9.6.2 Avaliação Multiprofissional 20
9.7 ATENDIMENTO AOS QUADROS CLÍNICOS 21
10 BENEFÍCIOS POTENCIAIS 22
11 RISCOS POTENCIAIS 22
12 ITENS DE CONTROLE 22
REFERÊNCIAS 25
CONFLITOS DE INTERESSES 27
ANEXO I - TESTE PARA TRIAGEM DO ENVOLVIMENTO COM TABACO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – ASSIST 2.0 28
ANEXO II - INTERVENÇÃO BREVE 30
ANEXO III - AVALIAÇÃO CLÍNICA 31

1 INTRODUÇÃO

O último Relatório Mundial sobre Drogas, realizado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), aponta um aumento de 30% no consumo de drogas pela população mundial. O documento informa, também, que 35% dessa população apresenta transtornos associados ao uso de drogas, além de sinalizar aumento do consumo dessas substâncias em países em desenvolvimento, no período de 2000-2018 (BRASIL, 2020).

O uso dessas substâncias está entre os vinte principais fatores de risco para morte e incapacidade no mundo, conforme citado no relatório *Global Health Risks* de 2009, e contribui para uma ampla variedade de problemas sociais, econômicos, legais e interpessoais tanto para os usuários quanto para suas famílias.

Historicamente, o uso prejudicial de álcool e outras drogas têm sido abordados por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. Da mesma forma, seu uso está associado culturalmente à criminalidade e práticas antissociais. Parte daí a oferta de tratamentos inspirados em modelos de exclusão dos usuários do convívio social. Dessa forma, na escassez de políticas públicas para o problema, consolidaram-se "alternativas de atenção" de caráter totalitário, fechado e focado na abstinência (BRASIL, 2003).

A percepção distorcida do uso dessas substâncias culmina na cultura de combate às drogas, que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente sujeitos a um segundo plano. Fica evidente, então, a importância "de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários" (BRASIL, 2004, p. 23), "sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada", devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (BRASIL, 2004, p.6).

Para orientar os profissionais de saúde na identificação e no gerenciamento do uso abusivo e nocivo de substâncias psicoativas em ambientes de cuidados de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2010 o ASSIST (Teste para triagem do envolvimento com tabaco, álcool e outras drogas) (ANEXO I).

O uso do álcool e de outras drogas poderá levar à procura por serviços de saúde quando da ocorrência do uso habitual ou crônico e nos quadros de intoxicação e ou abstinência. Dessa forma, este protocolo, em particular, irá orientar os profissionais de saúde que atendem, em serviços de urgências clínicas e psiquiátricas, pacientes com esse perfil.

Por fim, vale mencionar que o SUS vem consolidando a implantação e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na busca por estratégias integradas e que respondam às necessidades dos cidadãos, em parceria com outras redes intra e intersetoriais (BRASIL, 2015).

2 PALAVRAS CHAVE

Saúde mental; Acolhimento; Dependência química.

Mental Health; User Embracement; Chemical Dependence.

3 OBJETIVOS

- Reconhecer e distinguir os diversos graus de uso, intoxicação e abstinência de substâncias psicoativas.
- Realizar avaliação clínica e psiquiátrica adequada e qualificada.
- Orientar o atendimento multidisciplinar.
- Implementar a atuação preventiva/entrevista motivacional.
- Implementar a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

4 POPULAÇÃO ALVO

Pacientes que fazem uso de álcool e outras drogas em uso habitual ou crônico e nos quadros de intoxicação e/ou desintoxicação.

5 UTILIZADORES POTENCIAIS

Gestores e profissionais de saúde das Unidades Assistenciais da FHEMIG e aqueles inseridos nos diversos Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Minas Gerais.

6 METODOLOGIA

A metodologia utilizada se baseou na revisão sistemática da literatura. A partir da elaboração de pergunta-chave de pesquisa foram realizadas buscas de evidências científicas e avaliação da qualidade das evidências, além da pertinência com o tema. Legislações referentes ao uso de álcool e drogas, além de orientações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde também foram utilizadas.

7 RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS

O uso de drogas está intrinsecamente relacionado às interações do indivíduo com o meio em que vive. “Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu sério problema de saúde pública que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde” (BRASIL, 2015).

Em 2003, com a publicação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, foram estabelecidas diretrizes em consonância com o Sistema Único de Saúde e os preceitos da OMS, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2015).

Para estabelecer o tratamento mais eficaz, o mesmo deve ser constituído de forma integral com os usuários e familiares, sempre valorizando suas demandas e implicando-os na construção de estratégias que fortaleçam a contratualidade na relação com os serviços e os territórios, aumentando as chances de adesão, continuidade do tratamento, redução das internações e reintegração social (BRASIL, 2015).

8 MATERIAL/ PESSOAL NECESSÁRIO

- Equipe multiprofissional: médico clínico geral, médico psiquiatra, equipe de enfermagem, farmacêutico, psicólogo, serviço social.
- ASSIST (Teste para triagem do envolvimento com tabaco, álcool e outras drogas)
- Resultados de exames laboratoriais e de imagem
- Balança, esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, eletrocardiógrafo, computador com acesso à internet, telefone.

9 ATIVIDADES ESSENCIAIS

A Organização Mundial de Saúde, por meio da divulgação de orientações gerais para o atendimento de usuários de substâncias psicoativas, preconizou a necessidade de instituir o acolhimento desses usuários de forma alinhada aos princípios do SUS estimulando, assim, a sua participação e o seu engajamento durante todo o tratamento.

A interrupção do uso abusivo de substâncias não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois quando se trata de cuidar de indivíduos temos que, necessariamente, lidar com as suas diversas singularidades. As práticas de saúde, em qualquer nível de atenção, devem considerar esta diversidade.

9.1 CLASSIFICAÇÃO DE USO DAS SUBSTÂNCIAS

Os profissionais da saúde devem estar cientes de que existem diversas razões pelas quais as pessoas fazem uso de álcool e outras drogas. Muitos utilizam essas substâncias devido aos efeitos agradáveis ou desejáveis, enquanto outros podem usá-las para bloquear a dor física e ou psicológica. O uso de drogas também pode servir para outras funções ou objetivos, como por exemplos o uso de psicoestimulantes que é usado para melhora do desempenho, permanecer acordados ou perder peso.

Os problemas relacionados ao uso de substâncias podem surgir como resultado de intoxicação aguda, uso regular ou dependência, e da maneira como são usadas.

Os problemas decorrentes do uso dependente de uma substância podem ser semelhantes aos observados no uso regular, porém mais graves. A dependência

geralmente está associada ao uso mais frequente e em doses mais altas do que anteriormente. Os problemas associados incluem:

- Tolerância acentuada
- Problemas de saúde física e mental graves
- Comportamento disfuncional crescente no cotidiano
- Fissura e maior desejo de usar
- Rompimento de laços sociais
- Possíveis sintomas de abstinência
- Uso contínuo apesar das evidências de que o uso está causando prejuízos ao indivíduo

Existem várias formas de consumo de substâncias, conforme descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de Uso das Substâncias Psicoativas

NOMENCLATURA	FORMA DE CONSUMO
I. Uso recreativo	Qualquer consumo de substância psicoativa para experimentar, esporádico ou episódico.
II. Uso de risco	Padrão que eleva o risco para o usuário e aqueles que estão à sua volta, mas ainda não trouxe danos diretos à saúde deste usuário.
III. Abuso ou uso nocivo	Consumo associado a algum prejuízo (biológico, psíquico ou social).
IV. Dependência	Consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário de diferentes graus. A dependência é caracterizada pelos fatores abaixo que precisam sempre ser investigados: • Desejo acentuado do uso da droga • Necessidade de doses crescentes para obter o mesmo efeito • Dificuldade para controlar o uso tanto em termos de início quanto de dose • Estado fisiológico desagradável que induz ao uso da droga com objetivo de aliviar os sintomas • Negligência crescente pelos interesses e prazeres alternativos com abandono de atividades do dia a dia, visando a obtenção de novas doses ou recuperação após o uso Persistência do uso mesmo com efeitos nefastos do uso da droga reconhecidos.
V. Binge	Consumo episódico de doses excessivas, muitas vezes levando à intoxicação.
VI. Intoxicação ou overdose	Consumo num único episódio de dose acima daquela que o organismo é capaz de metabolizar causando sintomas graves de descompensação podendo levar até à morte.

VII. Síndrome de Abstinência	Conjunto de modificações orgânicas que se dão em decorrência da interrupção abrupta ou redução do aporte de substância após uso prolongado e desenvolvimento de dependência à droga.

Fonte: POLAKIEWICZ, 2020.

9.2 COCAÍNA/CRACK

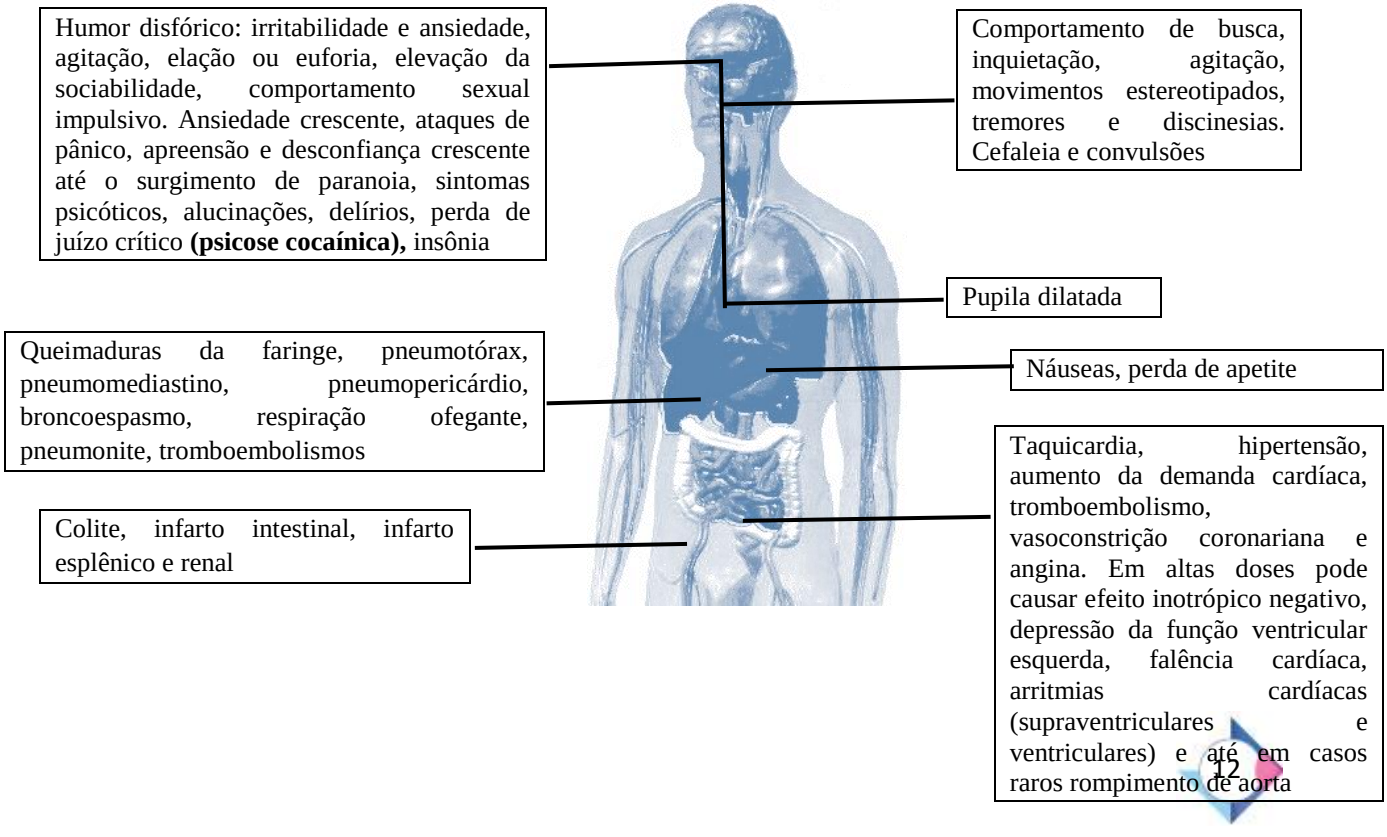
A cocaína, derivada da planta *Erythroxylon coca,* é uma droga muito potente, que apresenta diversas formas de consumo (oral, inalada, injetável ou fumada) e faz com que o cérebro e o corpo trabalhem com muita intensidade. Quando fumada é utilizada na forma denominada crack (LIMA e ROCHA, 2015).

9.2.1 Elementos da Síndrome de Intoxicação

9.2.1.1 Sintomas físicos

Os sintomas físicos envolvem perda de peso, hipertermia (estimulação do sistema simpático), acidose metabólica, rabdomiólise, hipercalemia e hipocalcemia, rompimento da placenta, aborto espontâneo, conforme representados na figura 1.

Figura 1 – Sintomas físicos do uso da cocaína/crack



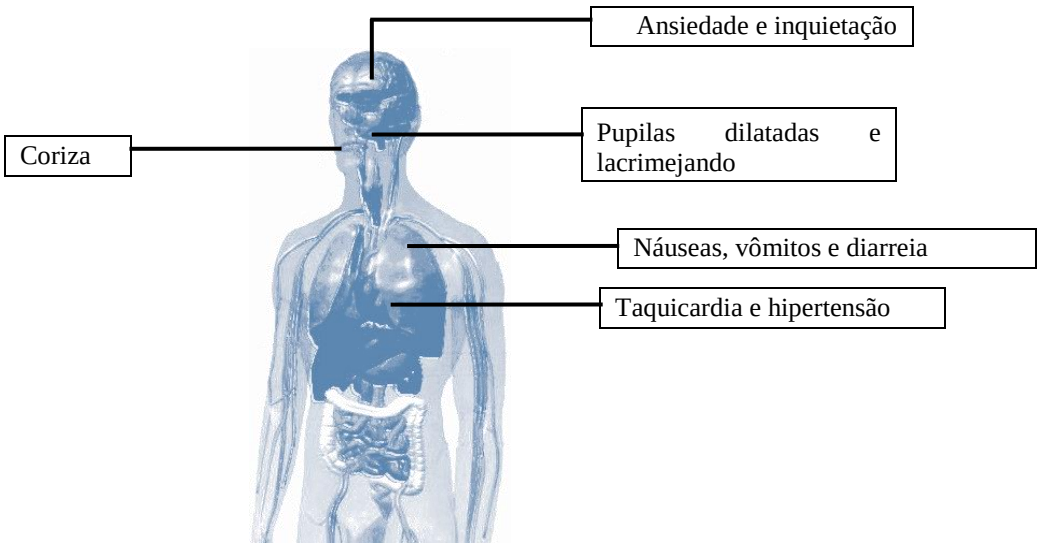
9.2.1.2 Critérios para internação clínica

- Alterações persistentes do estado mental, hipertermia significativa ou rabdomiólise, coagulopatias, acidose metabólica, hipertensão severa, dor torácica sugestiva de isquemia do miocárdio, falência renal ou hepática e complicações respiratórias.
- Todos os pacientes que ingeriram pacotes de drogas (mesmos os assintomáticos) devem ser hospitalizados para exames diagnósticos e evacuação dos pacotes ingeridos.

9.2.2 Elementos da Síndrome de Abstinência

- Fissura intensa: desejo exacerbado pelo consumo da droga, irritabilidade e agitação (crash) com duração de 2 horas a 5 dias, seguida de hipersonolência, anedonia, depressão e exaustão
- Abstinência propriamente dita: reemergência da fissura, depressão e ansiedade (até 10 semanas)
- Redução gradativa dos sintomas.

Figura 2 – Sintomas físicos de abstinência da cocaína/crack



Observação: para maiores informações, consultar o Protocolo Clínico 41: Manejo Clínico do Usuário de Crack da FHEMIG.

9.3 ÁLCOOL

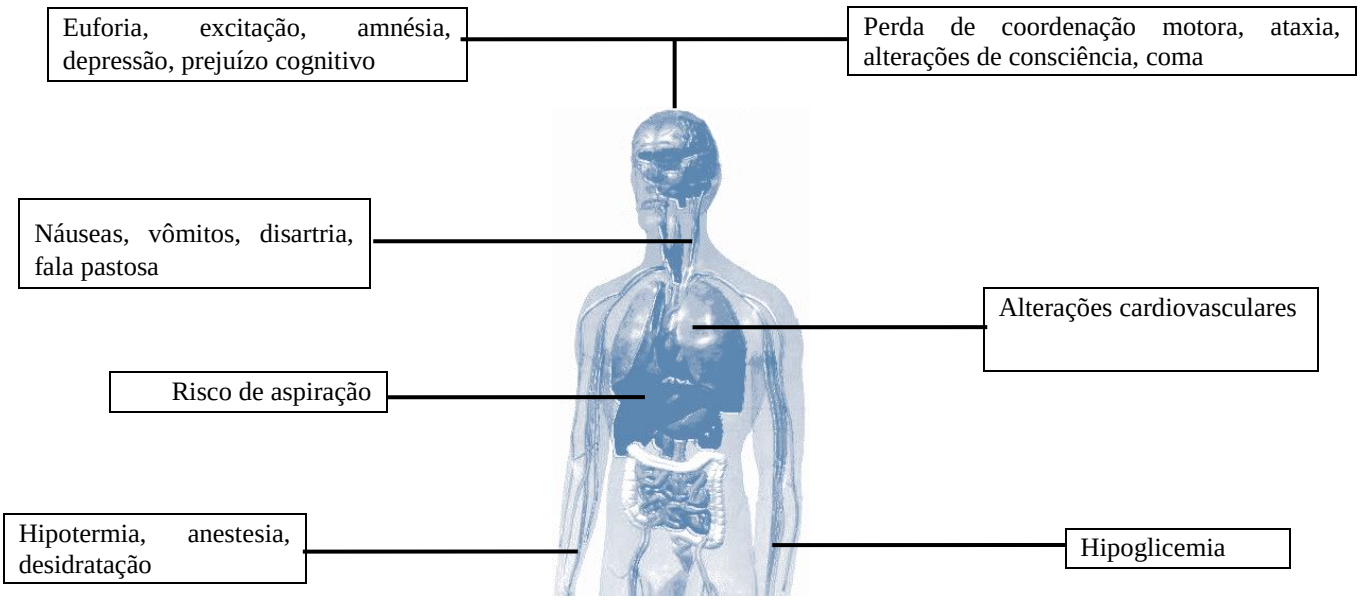
9.3.1 Elementos da Síndrome de Intoxicação Alcoólica

As doses tóxicas são muito variáveis e dependem principalmente da tolerância individual, do uso concomitante de outros fármacos e da porcentagem aproximada de etanol em alguns produtos. Intoxicação leve a moderada é esperada com a ingestão de 0,7 g/Kg de etanol absoluto (correspondente a 100 mg/dL de etanolemia) (SÃO PAULO, 2017).

A sintomatologia é crescente a partir de níveis de alcoolemia acima de 20mg%. Inicialmente, elação e excitação, com elevação da alcoolemia surgem os sintomas depressores do Sistema Nervoso Central (SNC): perda de coordenação motora, ataxia, fala pastosa, prejuízo cognitivo. Além disso, podem ocorrer náuseas, vômitos, disartria, amnésia, anestesia, risco de aspiração, desidratação, hipoglicemia, hipotermia, alterações de consciência, coma e alterações cardiovasculares podendo levar à morte.

Deve-se estar atento, também, à possibilidade de convulsão, encefalopatia de Wernicke e psicose de Korsakoff**.**

Figura 3 – Sintomas físicos da Síndrome de Intoxicação Alcoólica



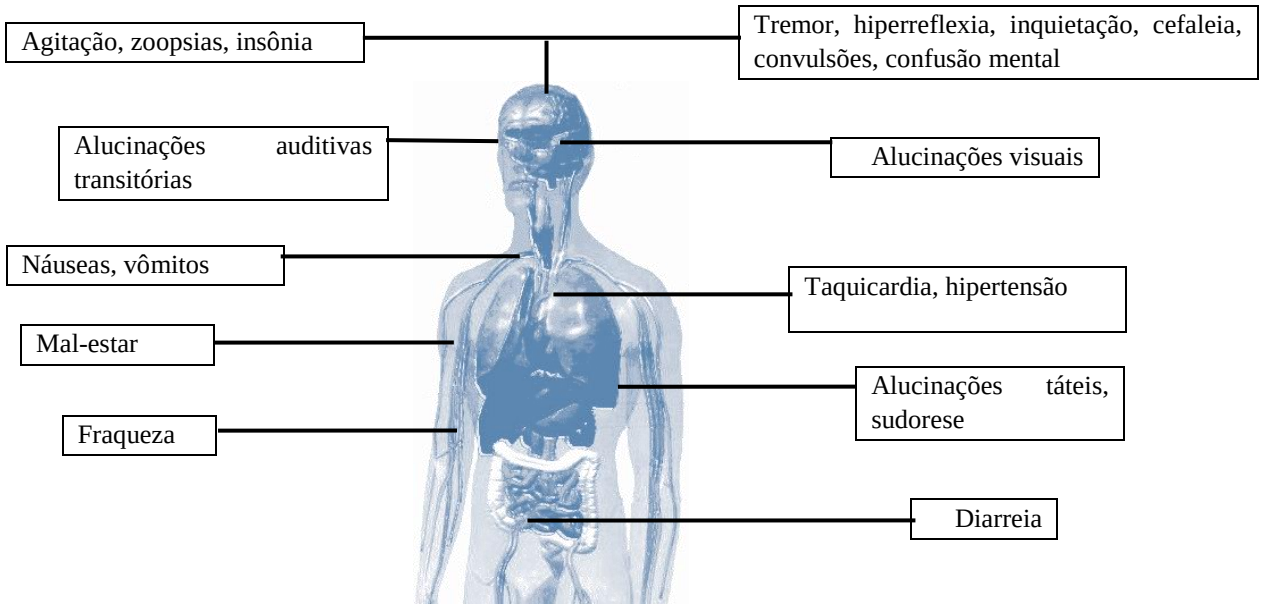
Observação: para maiores informações, consultar o Protocolo Clínico 34: Intoxicação Alcóolica Aguda da FHEMIG.

9.3.2 Elementos da Síndrome de Abstinência Alcoólica

Pode ocorrer em 12 a 72 horas após o consumo e ou após modificação da forma de beber (redução da quantidade ou frequência de consumo). A apresentação clínica oscila entre quadros leves até evolução para *delirium tremens* (que ocorre por volta do terceiro dia), com hipertermia e falência cardiovascular.

A síndrome de abstinência é autolimitada, ocorrendo recuperação em aproximadamente 5-7 dias caso não ocorra óbito. Pode ocorrer em neonatos, levando a déficits neurológicos permanentes e outras anormalidades de desenvolvimento.

Figura 4 – Sintomas físicos da Síndrome de Abstinência Alcoólica



Observação: para maiores informações, consultar o Protocolo Clínico 16: Síndrome da Abstinência Alcóolica da FHEMIG.

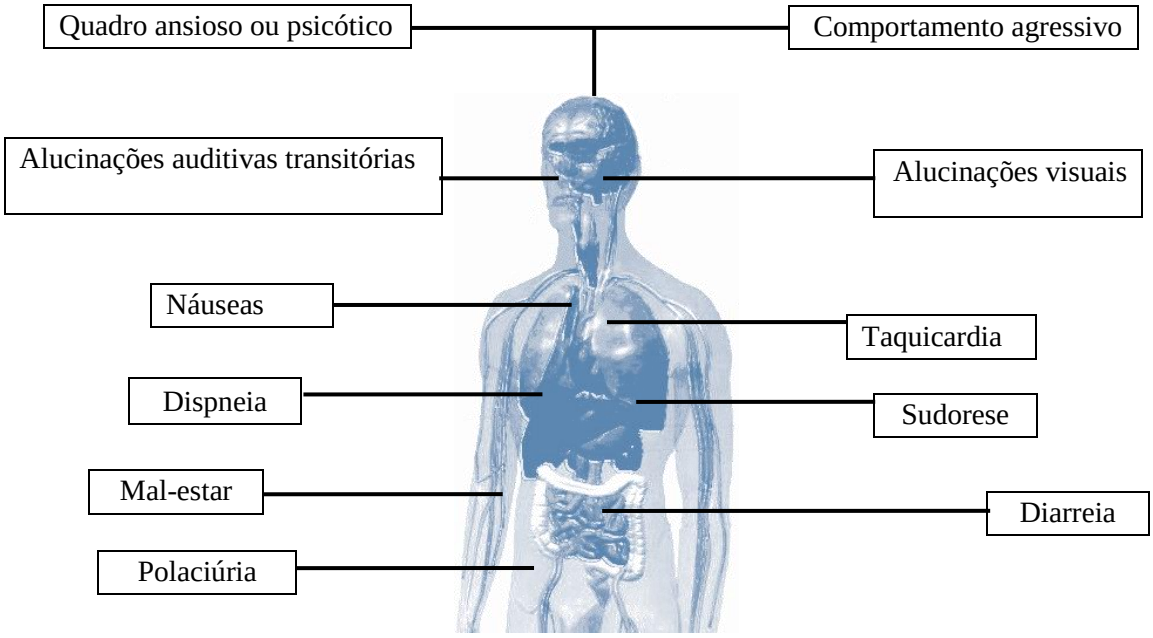
9.4 MACONHA

9.4.1 Elementos da intoxicação por Cannabis

A dose de intoxicação é variável e depende de experiência anterior e grau de tolerância do indivíduo. Doses acima de 7,5 mg/m2 estão associadas a náuseas,

hipotensão ortostática, mioclonias, comportamento agressivo e quadros ansiosos com disforia e palpitações ou sintomas psicóticos (sintomas leves de paranoia).

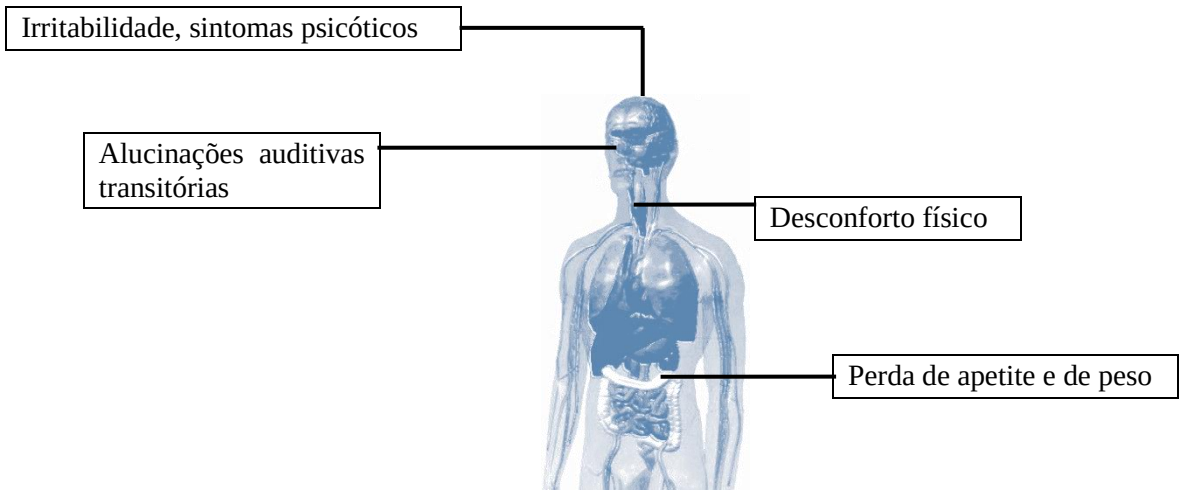
Figura 5 – Sintomas da intoxicação por Cannabis



9.4.2 Elementos da Abstinência por Cannabis

Irritabilidade, perda de apetite e de peso, desconforto físico, raramente sintomas psicóticos.

Figura 6 – Sintomas da abstinência o por Cannabis



9.5 BENZODIAZEPÍNICOS

9.5.1 Elementos da intoxicação por benzodiazepínicos

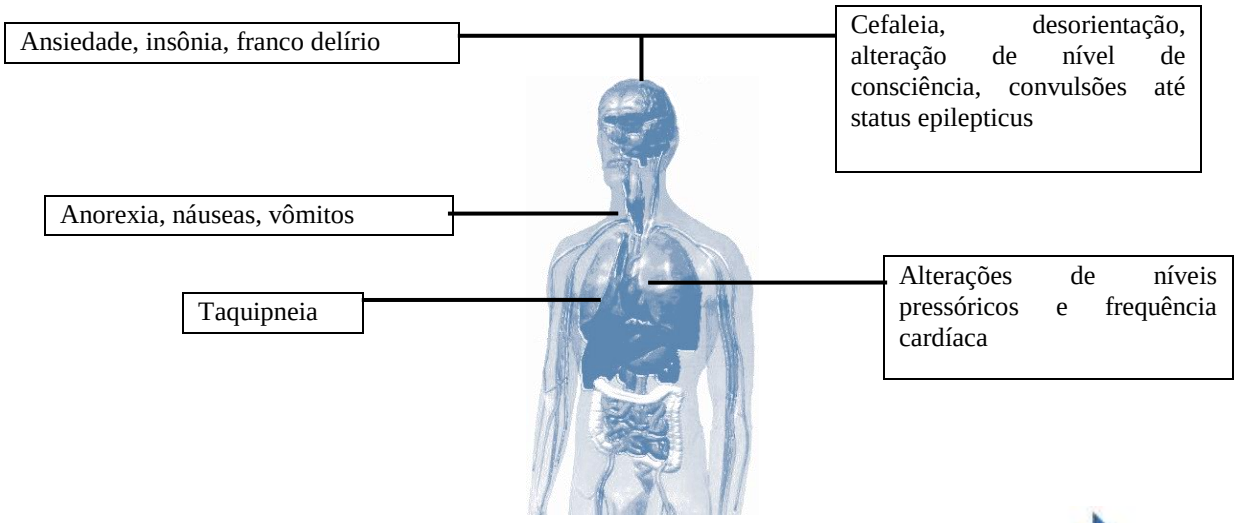
Os benzodiazepínicos apresentam atividade depressora como a do álcool, podendo levar a bradicardia e hipotensão, particularmente quando há intoxicação por múltiplas drogas, o que é frequente. Apresenta elevação da temperatura corporal, tremores, fraqueza, hiperreflexia e hipotensão postural. Agem por agonismo aos receptores GABA (ácido gamaaminobutírico) aumentando a frequência de abertura dos canais de cloreto, provocando hiperpolarização da membrana e diminuindo a hiperexcitabilidade neuronal, resultando em depressão generalizada dos reflexos da medula e do sistema ativador reticular. Portanto, há risco de coma e depressão respiratória. O zolpidem e a zoplicona são também agonistas nos receptores GABA, mas apenas naqueles contendo a subunidade alfa 1A.

A dose tóxica é variável, em geral são medicações seguras com índice terapêutico alto. A ingestão de doses relativamente altas em usuários crônicos pode não produzir efeitos preditíveis devido ao desenvolvimento de tolerância.

9.5.2 Elementos da abstinência por benzodiazepínicos

Pode ser precipitada pela descontinuação abrupta após longo tempo de uso de benzodiazepínicos.

Figura 7 – Sintomas da abstinência o por benzodiazepínicos



9.6 AVALIAÇÕES

O teste para triagem do envolvimento com tabaco, álcool e outras drogas – ASSIST (HENRIQUE *et al.*, 2004) é um documento de triagem que abrange todas as substâncias psicoativas, incluindo álcool, tabaco e drogas ilícitas, que ajuda os profissionais da saúde a identificar o nível de risco associado a cada substância usada pelo paciente.

Embora o uso de substâncias esteja associado a problemas de saúde física e mental, é importante notar que padrões de uso nocivo ou prejudicial de álcool e drogas também podem causar problemas sociais significativos para o usuário, como aqueles envolvendo família, amigos, trabalho, estudos, finanças e a própria lei.

É mais provável os usuários consentirem com o atendimento e darem respostas precisas a perguntas sobre o uso de substâncias quando o profissional da saúde:

- Ouvir atentamente o paciente;
- Ser amigável e não julgar;
- Demonstrar sensibilidade e empatia com o paciente;
- Fornecer informações sobre o atendimento;
- Explicar cuidadosamente os motivos para perguntar sobre o uso de substâncias;
- Explicar os limites da confidencialidade para o paciente;
- Durante a introdução, o profissional da saúde deve esclarecer quais substâncias serão tratadas na entrevista e garantir que elas sejam referidas por nomes que sejam familiares ao paciente.

Os usuários devem ser encaminhados para avaliação médica após a entrevista com profissional de saúde cujos resultados orientam para o diagnóstico de uso abusivo e ou nocivo de substâncias, especialmente nos casos em que se observarem alterações da saúde física e ou mental.

É possível que esses usuários façam uso de múltiplas substâncias, dificultando a avaliação inicial. Além disso, as comorbidades em psiquiatria são particularmente comuns e importantes, trazendo questões complexas quanto à melhor conduta a ser seguida.

É frequente o uso e abuso de substâncias entre os pacientes portadores de transtorno mental, como transtorno bipolar, esquizofrenia e transtornos de personalidade. Como princípio geral trata-se inicialmente os quadros clínicos devido ao uso/abuso de drogas para, num segundo momento, abordar os quadros psiquiátricos cujo tratamento pode, inclusive, demandar internação.

A solicitação de exames laboratoriais, radiológicos e de eletrocardiograma (ECG), além dos já padronizados, precisa ser avaliada neste momento.

Quadro 2- Indicações na abordagem inicial aos usuários de Substâncias Psicoativas (SPA)

OPORTUNIDADE DE ABORDAGEM		
I.	Exames	HIV, Hepatite B, C, Baar
II.	Entrevista de aconselhamento	Os usuários de SPA raramente buscam ajuda, portanto é possível que este seja o momento para acolher e aconselhar sobre os riscos do uso.
III.	Encaminhamento	Levando em consideração a oportunidade, é possível motivação alcançada. Importante referenciar o usuário ao serviço adequado para o tratamento.

9.6.1 Avaliação Médica

Após o exame clínico e aplicação do ASSIST, o médico deve fornecer informações claras sobre o resultado dos exames e da avaliação do uso de substância e a relação entre eles. Explicar a relação entre os níveis de uso, os problemas para a saúde, os riscos a curto e longo prazo se continuar fazendo uso da droga e incentivar a descontinuação e abstinência:

- Discutir com o paciente sobre as substâncias que ele faz uso;
- Se perceber disposição para interromper ou diminuir o uso da substância, orientar o usuário sobre os melhores meios de atingir este objetivo;
- Caso contrário, informar que é possível interromper o uso nocivo e ou reduzir os danos causados pelo uso da substância e encorajá-lo a buscar um serviço especializado dentro da RAPS;
- Se for mulher e estiver grávida ou amamentando encaminhe para serviço especializado, pois se trata de gravidez de alto risco;

- Investigar as razões que levaram a pessoa a fazer uso de substâncias, utilizando as técnicas de Intervenção Breve (ANEXO II);
- Casos com sinais importantes de intoxicação, onde houver definição por internação, proceder com o encaminhamento do paciente ao local mais adequado da RAPS;
- Casos em que seja identificado o uso nocivo ou abusivo de substâncias, sem necessidade de internação e/ou atendimento hospitalar, serão acompanhados na Atenção Primária de Saúde (APS) ou CAPS AD de referência;
- É muito importante que as informações sejam claras e que sejam fornecidos os endereços para atendimento.

9.6.2 Avaliação Multiprofissional

À equipe multiprofissional cabe levantar informações sobre o usuário, seu contexto familiar, social e o seu modo de uso da substância. Já no acolhimento, o profissional deve informar ao usuário sobre as características das substâncias, o efeito delas no organismo e as possíveis repercussões para o indivíduo. Nesse momento, é possível iniciar a abordagem quanto às possibilidades de tratamento, considerando a perspectiva da redução de danos e pautando-se sempre pelo desejo do usuário.

A família e os acompanhantes deverão ser entrevistados pelo profissional de saúde a fim de esclarecer a história clínica e de uso de substâncias, sendo esta condução um dos fatores determinantes na adesão ao tratamento.

Incluir a família, a comunidade e outros elementos de suporte social na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) desse usuário é fundamental para o sucesso no tratamento, mas deve-se lembrar que é essencial proteger a privacidade dos pacientes e a confidencialidade das informações fornecidas por eles. Isso é especialmente importante quando se coleta informações relacionadas ao uso de substâncias.

Avaliação da equipe de enfermagem, especificamente, inclui a coleta de dados vitais e outros para acompanhamento do paciente internado (ANEXO III).

9.7 ATENDIMENTO AOS QUADROS CLÍNICOS

Abaixo, no quadro 3, serão descritas condutas clínicas, de forma simplificada, que deverão ser tomadas nos diversos quadros de intoxicação por substâncias.

Quadro 3 - Conduta clínica: intoxicação por substâncias

PATOLOGIA	MEDIDAS AMBIENTAIS	MEDICAÇÃO	O QUE EVITAR
I. Intoxicação alcóolica	Ambiente tranquilo com redução de estímulos sensoriais (auditivos e visuais), com medidas de prevenção de quedas instituídas.	Haloperidol, em caso de agitação psicomotora.	Hidratação excessiva, sedativos como Difenilhidantoína, clorpromazina e benzodiazepínicos; Glicose sem uso prévio de Tiamina
II. Síndrome de abstinência alcóolica		Diazepam 10 a 20mg VO, em caso de sintomas leves, ou IV em caso de sintomas graves ou convulsão. Lorazepam 2 a 4mg até controle dos sintomas. Tiamina 300mg/dia IV ou VO ou 1500mg/dia IV, durante 3 a 5 dias, conforme quadro clínico.	Hidratação excessiva; Difenilhidantoína e clorpromazina; Glicose sem uso prévio de Tiamina.
III. Intoxicação por cocaina/crack		Medidas de suporte/atenção sintomas respiratórios, Precordialgia, Agitação e sintomas ansiosos. Benzodiazepínico (Diazepam, Lorazepam ou Midazolan). Sintomas psicóticos: Haloperidol 5mg VO ou IM.	
IV. Abstinência por cocaina/crack		Tratamento sintomático e de suporte. Priorizar sedativos: Benzodiazepínicos ou Clorpromazina.	Evitar Haloperidol - piora da abstinência.
V. Intoxicação por Benzodiazepínicos		Medidas de suporte; Antídoto Flumazenil (0,2 a 0,4mg).	Evitar sedativos

VI.	Abstinência por Benzodiazepínicos		Troca de benzodiazepínicos de meia vida curta para meia vida longa (Ex.: trocar Alprazolam por Clonazepam). Suporte psicológico.	
VII.	Intoxicação por Cannabis (Maconha)		Usualmente não requerem medicação, atendimento sintomático. Em caso de sintomas psicóticos e agitação psicomotora, Haloperidol VO ou IM.	Evitar sedativos
VIII.	Abstinência por Cannabis (Maconha)		Sintomático e suporte psicológico.	

10 BENEFÍCIOS POTENCIAIS

Garantir a avaliação clínica e psiquiátrica adequada e qualificada de pacientes em uso habitual ou crônico e nos quadros de intoxicação e desintoxicação de substâncias psicoativas, garantindo um cuidado multidisciplinar e articulado com a Rede de Atenção Psicossocial.

11 RISCOS POTENCIAIS

O trabalho focado exclusivamente na interrupção do uso abusivo de substâncias, não levando em consideração as diversas particularidades de cada usuário, impacta diretamente na adesão ao tratamento.

12 ITENS DE CONTROLE

As fontes de dados dos indicadores abaixo descritos serão oriundas da Classificação Internacional de Doenças (CID10), descritas na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) dos pacientes internados.

O numerador será definido pelo número total de pacientes atendidos pela CID específico de cada substância (CID10 F10, CID F12, CID F13 ou CID F14) e o denominador pela somatória de pacientes atendidos com intoxicação por substâncias

(CID F10 a F19). Esses dados serão obtidos através do sistema informatizado da FHEMIG, de acordo com o período de tempo selecionado (recomenda-se coleta de dados mensal, com análises bimestrais).

Trata-se de indicadores importantes, pois irá indicar o perfil de pacientes atendidos nas Unidades Assistenciais da FHEMIG, contribuindo para o desenvolvimento de processos de trabalho cada vez mais qualificados e seguros.

CID10 referentes aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias
• CID F10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool • CID F11: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos • CID F12: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides • CID F13: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos e hipnóticos • CID F14: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína • CID F15: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de estimulantes, inclusive a cafeína • CID F16: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos • CID F17: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo • CID F18: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis • CID F19: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substância psicoativas

Fonte: OMS (2022).

Indicadores e base de cálculo:

1. Proporção de pacientes atendidos com quadro de intoxicação por álcool:

$$\frac{nº\ de\ pacientes\ atendidos\ com\ intoxicação\ por\ álcool\ (CID\ F10)}{nº\ total\ de\ pacientes\ atendidos\ com\ intoxicação\ por\ substâncias\ (CID\ F10\ a\ F19)} \times 100$$

2. Proporção de pacientes atendidos com quadro de intoxicação por cocaina e crack:

$$\frac{nº\ de\ pacientes\ atendidos\ com\ intoxicação\ por\ cocaína\ crack\ (CID\ F14)}{nº\ total\ de\ pacientes\ atendidos\ com\ intoxicação\ por\ substâncias\ (CID\ F10\ a\ F19)} \times 100$$

3. Proporção de pacientes atendidos com quadro de intoxicação por maconha:

$$\frac{nº\ de\ pacientes\ atendidos\ com\ intoxicação\ por\ maconha\ (CID\ F12)}{nº\ total\ de\ pacientes\ atendidos\ com\ intoxicação\ por\ substâncias\ (CID\ F10\ a\ F19)} \times 100$$

4. Proporção de pacientes atendidos com quadro de intoxicação por benzodiazepínicos:

$$\frac{nº\ de\ pacientes\ atendidos\ com\ intoxicação\ por\ maconha\ (CID\ F13)}{nº\ total\ de\ pacientes\ atendidos\ com\ intoxicação\ por\ substâncias\ (CID\ F10\ a\ F19)} \times 100$$

REFERÊNCIAS

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** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Acesso em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_ministerio_saude_atencao_integral_usuarios_alcool_drogas.pdf

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 7.179 de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras drogas e cria o seu Comitê Gestor. Brasília, 2010. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7179-20-maio-2010-606392-publicacaooriginal-127199-pe.html

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas - Pnad. Brasília, 2019. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=9761&ano=2019&ato=87fETW65keZpWTdb5

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. 100 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf Acesso em: 21 de junho de 2022

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de políticas sobre drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**/Secretaria nacional de políticas sobre drogas; IME USP; org. Paulina do caro Arruda Vieira do Carmo, Vladimir de Andrade Stempliuk, Lúcia Pereira Barroso - Brasília SENAD, 2009.

BRASIL. Ministério Público do Estado do Paraná. Coordenação do Comitê do Ministério Público do Estado do Paraná de Enfrentamento às Drogas. **Relatório Mundial sobre Drogas 2020**: Breves Considerações da Coordenação do Comitê do MPPR de Enfrentamento às Drogas. 2020. Curitiba, Paraná. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Relatorio_Mundial_Drogas.pdf

DIEL, Al.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRAS, R. **Tratamento farmacológico para dependência química**: da evidência à prática clínica. Artmed, Porto Alegre, 2010.

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Protocolo Clínico n. 16**: **Síndrome da abstinência alcóolica**. Belo Horizonte (MG), 2019. p. 22.

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Protocolo Clínico n. 27: Acolhimento aos usuários de álcool e drogas.** Belo Horizonte (MG), 2013. p. 24.

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Protocolo Clínico n. 34**: **intoxicação alcóolica aguda**. Belo Horizonte (MG), 2022. p.33

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Protocolo Clínico n. 41**: **manejo clínico do crack**. Belo Horizonte (MG), 2022.

GRELLER H., GUPTA A. **Benzodiazepine poisoning and withdrawal**. UpToDate. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/benzodiazepine-poisoning-and-withdrawal

HENRIQUE, I.F.S; *et al.* **Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST).** Rev. Associação Médica Brasileira, 2004, v.50, n. 2. p. 100-206. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039 Acesso em: 21 de junho de 2022.

LIMA, A.K; ROCHA, M.S. **O uso da Erythroxylon coca (cocaína) por Adolescentes e suas consequências psicológicas e sociais**. Revista acadêmica Oswaldo Cruz, v.1, 2015. Disponível em: http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_07_Ant%C3%B4nio_lima.pdf Acesso em 03 de agosto de 2022

MICHELI, D.; FORMIGONI, M.L.O.S.; CARNEIRO, A.P.L. **Intervenção breve**: **princípios básicos e aplicação passo a passo**. In: FORMIGONI, M.L.O.S. (Org.) Intervenção Breve: Módulo 4. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. p. 11-22.

NIDA. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition), 2018. Disponível em: https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment Acesso em: 7 de junho de 2022.

POLAKIEWICZ, R. **Avaliação inicial**: identificação, triagem e intervenção mínima para o uso de drogas. Rio de Janeiro (RJ), PebMed, 2020. Disponível em: https://pebmed.com.br/avaliacao-inicial-identificacao-triagem-e-intervencao-minima-para-o-uso-de-drogas/ Acesso em: 21 de junho de 2022.

Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças (CID-11)**, 11ª revisão, 2022.

RUBAK S., SANDBAEK A., LAURITZEN T., CHRISTENSEN B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de vigilância em saúde. Divisão de vigilância epidemiológica. Núcleo de prevenção e controle das intoxicações. **Manual de Toxicologia Clínica**: orientações para assistência e vigilância das intoxicações agudas. São Paulo, 2017, 465 p.

UNODOC. **Relatório Mundial sobre Drogas 2020**:United Nations Office on Drugs and crime. Viena, 2020. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2020/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2020_-consumo-global-de-drogas-aumenta--enquanto-covid-19-impacta-mercado.html

World Health Organization. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. **Manual for use in primary care and Self-help strategies for cutting down or stopping substance use**: a guide, 2010, 50 p. Disponível em: file:///C:/Users/ddmai/Downloads/9789241599405_eng.pdf

World Health Organization. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): **manual for use in primary care / prepared by R. Humeniuk** [et al]. World Health Organization, 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44320

Referências complementares

World Health Organization - **United Nation Office on Drugs and crime**. Principles of Drugs Dependence Treatment - Discussion Paper-Mars, 2008.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores afirmam não haver conflitos de interesse.

ANEXO I - TESTE PARA TRIAGEM DO ENVOLVIMENTO COM TABACO, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – ASSIST 2.0

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume,benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepan, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar:_____	0	1

2 – Durante os três últimos meses, com que freqüência 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 (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepan, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

3 – Durante os três últimos meses, com que freqüência 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 (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume,benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepan, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

4 – Durante os três últimos meses, com que freqüência 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 (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume,benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepan, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

5 – Durante os três últimos meses, com que freqüência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume,benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepan, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4

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, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança- perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir:diazepam, lorazepan, lorax, dienpax, rohypnol...).	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança- perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir:diazepam, lorazepan, lorax, dienpax, rohypnol...).	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

Escore das questões 2.2 – 2.8

	Uso ocasional	Sugestivo de abuso	Sugestivo de dependência
Tabaco	0-3	4-15	16-20
Álcool	0-3	4-15	16-20
Maconha	0-3	4-15	16-20
Cocaína	0-3	4-15	16-20
Anfetaminas	0-3	4-15	16-20
Inalantes	0-3	4-15	16-20
Sedativos	0-3	4-15	16-20
Alucinógenos	0-3	4-15	16-20
Opiáceos	0-3	4-15	16-20

Fonte: Henrique *et al.*, 2004.

ANEXO II - INTERVENÇÃO BREVE

A técnica foi descrita como uma abordagem terapêutica para usuário de álcool, em 1972, simultaneamente no Canadá e nos Estados Unidos.

Trata-se de uma estratégia de intervenção estruturada, focal e objetiva, com procedimentos técnicos, que permitem estudos sobre sua efetividade. Tem como objetivo ajudar as pessoas a desenvolver sua autonomia, atribuindo-lhes responsabilidades por suas escolhas. É uma estratégia de atendimento, com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente.

A Intervenção Breve tem o foco voltado para a prevenção secundária, através da identificação de um problema e sugestão de estratégias para o paciente mudar o comportamento. Pode ser utilizada para mostrar, de modo focal e objetivo, os efeitos nocivos do abuso de substâncias ao nosso organismo. Além disso, tem como foco a prevenção e a redução do consumo de álcool e outras drogas.

O tempo da intervenção pode variar de 5 a 40 minutos e é indicada para os pacientes com uso abusivo de álcool ou outras drogas.

Os elementos essenciais ao processo de Intervenção Breve foram reunidos usando a abreviação FRAMES (que em inglês significa *"enquadrar", "moldura"*).

F	*Feedback* – Devolutiva ao paciente após triagem.
R	*Responsability* – Responsabilidade do paciente e estabelecimento de metas.
A	*Advice* – Aconselhamento e orientações claras sobre o risco.
M	*Menu of options* – Estratégia de intervenção/tratamento.
E	*Empathy* – Empatia. Evitar comportamento confrontador.
S	*Self-efficacy* – Autoeficácia.

Fonte: MICHELI, FORMIGONI e CARNEIRO, 2014.

ANEXO III - AVALIAÇÃO CLÍNICA

Nome: **Sexo:**

Prontuário: _____ **Data de nascimento:____/____/_____**

DADOS VITAIS

Pulso_____ bpm **PA**___/___mm Hg **Peso**_____ kg **Altura**_____m **IMC**_____

Respiração_____irpm

Pele

Sudorese_____ Palidez_____ Cianose_____ Vermelhidão_____ Piloereção_____

Olhos

Midríase_____ Miose_____ Hiperemia_____ Lacrimejamento_____

Nariz

Coriza_____ Espirros_____ Bocejos_____ Sinais de queimadura_____

Comportamento

Ansioso____ Inquieto____ Comportamento de busca____ Violento____ Agressivo____

Paranóide____ Eufórico____ Irritável____ Pensamento acelerado _____

Neurológicos

Tremores___ Confusão___ Desorientação___ Convulsão___ Obnubilação___ Coma___

Reação à estímulos

Exacerbada_____ Reduzida_____

Gastrointestinal

Náuseas_____ Vômitos_____ Diarreia_____ Cólicas_____

Cardiovasculares

Arritmias_____ Dor pré-cordial_____

Respiratório

Dispneia_____ Tosse_____

Fonte: FHEMIG, Acolhimento aos usuários de álcool e drogas, 2013.