

Linhas Orientadoras para a Intervenção junto dos cidadãos em situação de Sem-Abrigo com Perturbação de Uso de Álcool (PUA), inseridos em Centros de Acolhimento, durante a vigência do Estado de Emergência (CoVID19)

- **INTRODUÇÃO**

A 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde classificou a emergência de saúde pública ocasionada pela doença CoVID-19 como uma pandemia. Em Portugal foi declarado a 18 de Março o estado de emergência, através do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março, renovado a 2 de abril, e posteriormente a 17 de Abril, regulamentado pelo Decreto n.º 2-A/2020 que aprovou um conjunto de medidas excecionais e extraordinárias.

Estas medidas determinaram a reorganização da forma de prestação não só de cuidados aos cidadãos como do funcionamento da maioria das instituições públicas e privadas. No que diz respeito à abordagem de pessoas em situação de sem abrigo, têm surgido a nível nacional respostas que se alinham com as recomendações das Nações Unidas que advogam, por um lado, a criação de mais locais de abrigo temporário para estas pessoas¹, e a reorganização dos cuidados prestados nesses locais².

Estima-se que em Portugal existam perto de 4500 pessoas em situação de sem-abrigo³, concentrados na Área Metropolitana de Lisboa (que reúne 47% do total sem teto e 63% do total sem casa). Com a abertura de novos centros de acolhimento temporário, a proporção de pessoas sem casa face às sem teto tenderá a aumentar, embora o número total de pessoas sem abrigo a nível nacional possa, durante o atual período, aumentar, fruto de circunstâncias como o desemprego ou o encerramento de estabelecimentos de hotelaria (hostéis e pensões).

A Perturbação de Uso de Álcool (PUA) está presente numa proporção significativa de cidadãos em situação de Sem-Abrigo (que varia entre 38% e 70%⁴), muitas vezes subdiagnosticados e insuficientemente tratados⁵. Uma das consequências graves da PUA é o desenvolvimento da Síndrome de Privação Alcoólica (SPA) aquando da suspensão abrupta do consumo sem vigilância clínica, suporte farmacológico e vitaminoterapia, potencialmente mais graves neste grupo dada a sua condição saúde de base mais precária, ausência de acompanhamento médico regular e a vulnerabilidade social em que se encontram.

No atual contexto epidemiológico, e decorrente das medidas adotadas na vigência do Estado de Emergência, os cidadãos em situação de sem abrigo ou socialmente muito desorganizados com PUA poderão encontrar-se abruptamente sem as habituais fontes de rendimento que garantem o consumo, bem como uma menor acessibilidade a locais de distribuição de bebidas alcoólicas, colocando-os assim em risco de SPA mais graves por redução ou suspensão do consumo de Álcool.

A presente orientação destina-se aos cidadãos em situação de Sem-Abrigo com PUA, enquadrados, habitualmente ou por força do atual contexto epidemiológico, numa estrutura de Acolhimento Temporário, tendo como finalidade a diminuição da gravidade dos casos de privação através de uma intervenção farmacológica específica e de “baixo-limiar”.

- **FUNDAMENTAÇÃO**

A síndrome de privação alcoólica (SPA) é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas de gravidade variada, limitados, devido à interrupção total ou parcial do consumo de álcool. As suas manifestações, que surgem entre 6 a 72h após suspensão do consumo, variam de ligeiras (ansiedade, tremor distal, cefaleias, náuseas e vômitos, insónia, diaforese) a graves (alucinações, crises epiléticas e desenvolvimento de *delirium tremens*)⁶.

Uma intervenção farmacológica adequada junto de pessoas com PUA diminui significativamente a gravidade das complicações associadas à síndrome de privação alcoólica.

I - Intervenção Farmacológica de Suporte:

As **recomendações internacionais são consensuais quanto à sua prevenção**, baseada na introdução, atempada, de **3 grandes medidas**: 1) Benzodiazepinas; 2) Vitaminoterapia e 3) Hidratação intensa oral. Adicionalmente, outras medidas farmacológicas poderão revelar-se úteis, como a introdução de medicação antiepilética (para potenciar a ação antiepilética das benzodiazepinas, em caso de

risco) ou antipsicótica (para potenciar o controlo da inquietação/agitação psicomotora)^{7,8}.

A dose de Benzodiazepinas diária varia entre 30 e 60 mg/dia de Diazepam, ou equivalente, consoante o nível de dependência física. Tem como principais riscos a sonolência (que pode originar quedas) e a depressão respiratória em caso de sobredosagem. Apesar de ser um psicofármaco com potencial de abuso e dependência, o seu uso controlado e limitado no tempo em doses mais baixas do que as habitualmente empregues num processo de desabitação, pode reduzir significativamente as manifestações ligeiras do SPA e atenuar o surgimento de quadros graves de privação, sem aumento dos riscos associados a este fármaco.

A vitaminoterapia com suplemento de tiamina pretende minimizar as consequências neurológicas associadas ao défice habitualmente observado deste elemento neste utentes por má-absorção. As doses recomendadas para os casos ligeiro a moderado são de 250-500mg/dia durante 3-5 dias, seguidos 100-250mg/dia. Adicionalmente deve ser feito suplemento com Ácido Fólico, o que apesar de ter menos evidência para a população geral com PUA, neste grupo com maior propensão a défices nutricionais é recomendável, na dose de 5 mg/dia⁹.

Enquanto que o emprego de antiepiléticos não sedativos é frequentemente dirigido a patologias de base conhecida (neurológicas ou psiquiátricas) ou por relato de crises epiléticas progressivas, o uso de antipsicóticos é empregue de forma mais inespecífica para diminuir a inquietação. Neste caso, são utilizados fármacos como o tiaprida ou a quetiapina, a risperidona e a olanzapina, com preferência para os mais ansiolíticos sem efeito sedativo, e que diminuam menos o limiar convulsivo (em que o mais comumente usado é o tiaprida na dose de 100 mg 3xdia)¹⁰.

II - Seleção de utentes beneficiários da intervenção.

A definição de PUA abrange um vasto leque de situações que variam entre o consumo de risco e a dependência grave. Numa perspectiva de baixo-limiar, com mais sensibilidade e menor especificidade, em particular numa população com carências médicas e nutricionais, interessa abranger todo o espectro de consumidores com PUA. Neste sentido, qualquer indivíduo que mencione ter um problema com álcool ou em quem seja observado sinais de privação, será um potencial beneficiário da intervenção.

III – Identificação das Estruturas de Acolhimento Elegíveis e suas Características:

Qualquer estrutura destinada ao acolhimento temporário de pessoas em situação de sem abrigo é elegível, desde que reúna as seguintes condições:

- Local de armazenamento próprio de medicação, protegido e com acesso restrito;
- Presença de enfermeiros em pelo menos dois momentos no dia, e que possam administrar a terapêutica em duas ocasiões, com um intervalo mínimo de 6h e máximo de 12h.
- Identificação dos utentes beneficiários e atempada articulação com ET locais e/ou Unidades de Alcoologia regionais.

IV – Proposta de Intervenção:

- Verificados os pressupostos que conferem ao Centro de Acolhimento a possibilidade de implementar as práticas descritas no presente documento, a abordagem contempla uma avaliação de todos os utentes no que diz respeito à presença de PUA, por forma a 1) identificar os potenciais beneficiários; 2) prestar esclarecimento sobre os riscos de uma suspensão/redução súbita de consumos real no atual contexto epidemiológico e social; 3) promover a adoção de medidas que minimizem

estes riscos; 4) estimular ao longo do processo a motivação do utente para referenciação ou readmissão nas Unidades de Tratamento Locais (DICAD) com as quais o Centro de Acolhimento se articule, numa perspetiva de ancoragem num projecto de tratamento estruturado.

- 1) A Identificação dos potenciais beneficiários deve ser feita da seguinte forma:
 - a. Inquirir o utente sobre a presença de consumo diário de bebidas alcoólicas; bem como se tem tremores das mãos, vómitos ou se já teve crises convulsivas quando não bebe;
 - b. Observar se o utente apresenta sintomas de privação (tremor acentuado das mãos e transpiração excessiva);
 - c. Reconhecer PLA num doente já conhecido da equipa;
- 2) Se pelo menos um dos pontos anteriores for positivo, prestar esclarecimento sobre os riscos de uma suspensão/redução súbita de consumos no atual contexto epidemiológico: *“enquanto as atuais medidas vigorarem é muito provável que não consiga obter a quantidade de álcool que consome habitualmente”*. *“Para atravessar este período com segurança, é importante hidratar-se e fazer medicação que o impeça de tremer, ter uma convulsão, e o ajude a sentir melhor”*.
- 3) A implementação de medidas que minimizem aqueles riscos deve iniciar-se com a obtenção de um consentimento verbal do doente e inclui:
 - a. Administrar presencialmente em dois momentos do dia, com um intervalo mínimo de 6h e máximo de 12 horas, os seguintes medicamentos: 1 cp de Diazepam 10 mg; 1 cp de Tiaprida 100 mg; 1 cp de Neurobion e 1 cp Ácido Fólico;

- b. Promover a hidratação oral intensa, e, no caso da distribuição de garrafas de água individuais, deve advertir-se para o risco de transmissão CoVID19 pela partilha das mesmas;
 - c. Prevenir comportamentos de risco associados ao livre acesso a soluções de base alcoólica para higienização. Assim, nos espaços de acolhimento dos doentes, os dispositivos de desinfeção com solução alcoólica devem, pelo risco de ingestão, e sempre que possível, ser transportados pelos técnicos/funcionários, privilegiando-se a lavagem das mãos com sabão ou o uso de toalhitas alcoólicas.
- 4) A articulação com as ET locais ou UA regionais é desejável ao longo de todo o processo. Tal permitirá a) monitorizar a intervenção através do registo do nº de utentes envolvidos e do nº de fármacos administrados; b) identificar utentes já acompanhados naquelas estruturas e fomentar o seu regresso a um acompanhamento estruturado; c) agilizar respostas estruturadas de continuidade de tratamento em doentes sem seguimento prévio nas estruturas da DICAD; d) avaliar individualmente casos de privação evidentes, apesar da terapêutica em curso.

• **ALGORITMO DE ATUAÇÃO**

Algoritmo para a Intervenção junto dos cidadãos em situação de Sem-Abrigo com Perturbação de Uso de Álcool (PUA), inseridos em Centros de Acolhimento, durante a vigência do Estado de Emergência (CODIV19)

I – O Centro de Acolhimento dispõe de:

- 1) Local de armazenamento próprio de medicação, protegido e com acesso restrito;
- 2) Presença de enfermeiros pelo menos duas vezes por dia, com um mínimo com 6h de intervalo e no máximo com 12h de intervalo.
- 3) Forma de Identificar os utentes e de articular com ET locais e/ou Unidades de Alcoologia regionais

não

sim

II – O Uteute:

- Bebe todos os dias?
- Quando não bebe tem tremores das mãos, vómitos ou já teve crises epilépticas?

não

sim

- Observa tremor das mãos e transpiração excessiva?
OU
- É um utente com PLA conhecido?

- Enquanto estas medidas vigorarem é muito provável que não consiga obter a quantidade de álcool que consome habitualmente;
- Para atravessar este período com segurança, é importante fazer medicação que o impeça de tremer, ter uma convulsão, e o ajude a sentir melhor.

- Não Administrar Terapêutica;
- Reforço de Hidratação Oral.



não

sim

não

sim

Aceita a nossa ajuda?

- Administrar presencialmente em duas ocasiões (min 6h e máx 12h intervalo):

- Diazepam 10 mg
- Tiaprida 100 mg
- Neurobion
- Ácido Fólico 5 mg



- Reforço de Hidratação Oral

Atenção! Gestão cuidadosa das soluções desinfectantes alcoólicas (risco de ingestão)

• BIBLIOGRAFIA

¹ Leilani Farha, United Nations Human Rights Special Procedures “COVID-19 Guidance Note - Protection for those living in Homelessness”, 2 de Abril de 2020, consultado a 22/4/2010 em

https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/SR_housing_COVID-19_guidance_homeless.pdf

² Centers for Disease Control and Prevention, “Interim Guidance for Homeless Service Providers to Plan and Respond to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)” consultado a 22/4/2020 em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/homeless-shelters/plan-prepare-respond.html>

³ ENIPSSA , “Inquérito sobre os conceitos utilizados e os sistemas locais de informação – Resultados”, 2020, consultado a 22/4/2020 em <http://www.enipssa.pt/documents/10180/11876/Inquérito+sobre+os+conceitos+utilizados+e+os+sistemas+locais+de+informação+-+Resultados/1f90b76c-aa64-439e-a043-1b083038dafd>

⁴ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. “Homelessness – Provision of mental health and substance abuse services”, 2003, consultado a 22/4/2020 em <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/homelessness/>.

⁵ National Health Care for the Homeless Council. (October 2003). A Comprehensive Approach to Substance Use and Homelessness. Available consultado a 22/4/2020 em : <http://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2012/02/hh1003.pdf>.

⁶ Bayard, Max, et al. "Alcohol withdrawal syndrome." *American family physician* 69.6 (2004): 1443-1450.

⁷ World Health Organization, “Management of alcohol withdrawal”, 2012, consultado a 24/4/2010 em https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/alcohol/q2/en/

⁸ Société Française d’Alcoologie, “Good Practice Recommendation: Alcohol misuse: screening, diagnosis and treatment, 2015, consultado a 24/4/2020 em <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA-GPR-AlcoholMisuse.pdf>

⁹ Dervaux, Alain, and Xavier Laqueille. "Le traitement par thiamine (vitamine B1) dans l’alcoolodépendance." *La Presse Médicale* 46.2 (2017): 165-171.

¹⁰ Franz, M., Dlabal, H., Kunz, S., Ulferts, J., Gruppe, H., & Gallhofer, B. (2001). Treatment of alcohol withdrawal: tiapride and carbamazepine versus clomethiazole. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(4), 185–192.

Nível de evidência – Nível C

Grau de Recomendação – Grau I

Grupo de Elaboração das Linhas Orientadoras

Ana Neto, Ana Vieira da Silva, Paula Brum, Paula Olas, Emília Leitão, Joaquim Fonseca.

Documento validado, para o âmbito nacional, por Grupo alargado de Peritos no âmbito dos comportamentos aditivos e nas dependências constituído por:

Graça Vilar e Domingos Duran (**SICAD**)

Ana Neto e Ana Vieira da Silva (DICAD/ARSLVT)

Teresa Campos (DICAD/ARSNORTE)

Ana Feijão (DICAD/ARSCENTRO)

Virgínia Santos (DICAD/ARSALENTEJO)

Norberto Sousa (DICAD/ARSALGARVE)