



CLÍNICA

Síndrome de dependência alcoólica em serviços de emergência: protocolo de avaliação para a prática profissional de enfermagem

Síndrome de dependencia alcohólica en servicios de urgencia: protocolo de evaluación para la práctica profesional de enfermería

Alcohol dependence syndrome in emergency services: assessment protocol for the professional nursing practice

***Villar Luis, Margarita Antonia *Barbosa, Sara Pinto *Luchesi, Luciana Barizon **Santos, Jair Lício Ferreira**

*Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo / USP. E-mail: margarit@eerp.usp.br **Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, São Paulo. Brasil.

Palavras chave: Álcool; Síndrome de Abstinência Alcoólica; Emergências; Enfermagem

Palabras clave: Alcohol; Síndrome de abstinencia alcohólica; Urgencias Enfermería

Keywords: Alcohol; Alcohol Withdrawal Syndrome; Emergency Services; Professional Nursing Practice

RESUMO

Estudo quantitativo exploratório realizado em serviços de emergências do município de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo, Brasil.

O **objetivo** do estudo foi avaliar sinais e sintomas da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) pela equipe de enfermagem, utilizando para isso um protocolo.

A coleta de dados foi realizada durante 642 horas de plantões. Dos 463 participantes, 297 apresentaram AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 7 , destes, 59 (12,7%) apresentavam AUDIT ≥ 20 , ou seja, sugestivo de SAA sendo, por isso, incluídos nesta investigação. Quanto aos sinais, dos 59 usuários, 8 não sabiam mencionar o tempo de hospitalização, 7 não souberam afirmar em que ano ou mês estavam, e 13 apresentavam inquietação. Em relação aos sinais físicos da dependência, 17 apresentaram sinais de tremores, 8 referiram convulsões.

Os serviços de emergências podem ser locais privilegiados para identificar sintomas de uso abusivo e de dependência de álcool e a utilização do protocolo de avaliação de enfermagem pode ser uma estratégia útil no rastreamento e intervenção.

RESUMEN

Estudio cuantitativo exploratorio realizado en los servicios de urgencias del municipio de Ribeirão Preto, interior del Estado de São Paulo, Brasil.

El **objetivo** del estudio fue evaluar señales y síntomas del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (SAA) por el equipo de enfermería, utilizando para esto un protocolo.

La colecta de datos se realizó durante 642 horas de turnos. De los 463 participantes, 297 presentaron AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 7 , de estos, 59 (12,7%) presentaban AUDIT ≥ 20 , o sea, sugerente de SAA siendo, por esto, incluidos en esta investigación. En cuanto a las señales, de los 59 usuarios, 8 no sabían decir el tiempo de hospitalización, 7 no sabían en qué año o mes estaban, y 13 presentaban inquietud. En relación a los signos físicos de la dependencia, 17 presentaron signos de temblores, 8 refirieron convulsiones.

Los servicios de urgencias pueden ser lugares privilegiados para identificar síntomas de consumo abusivo y de dependencia del alcohol y la utilización del protocolo de evaluación de enfermería puede ser una estrategia útil en el seguimiento e intervención.

ABSTRACT

This is a quantitative study carried out in emergency services of Ribeirao Preto, a city located in the countryside of Sao Paulo state.

The **aim** of this study was to assess signs and symptoms of the Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS) by the nursing team with the use of a protocol.

Data collection took place over 642 on duty hours. Of the 463 participants, 297 had AUDIT ≥ 7 , and of these, 59 (12.7%) had AUDIT ≥ 20 , which indicates the occurrence of SAA and, due to this, were included in this investigation. Concerning the signs, of the 59 users, 8 were unable to tell the time of hospitalization, 7 could not say what year or month it was, and 13 seemed uneasy. In relation to the physical signs of the dependence, 17 had signs of tremor, 8 mentioned to have had seizures.

The emergency services may be privileged places to identify symptoms of alcohol abuse and dependence and the use of the nursing assessment protocol may be a useful strategy in the monitoring and intervention.

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool é prejudicial à saúde, pois se estima que 3,8% de todas as mortes globais e 4,6% de incapacidade por anos ajustados de vida são atribuíveis ao álcool e o custo associado ao seu uso atinge mais do que 1% da produção bruta de países de médio e alto rendimento¹. Por isso, a dependência a essa substância é tratada como problema de saúde multifatorial que pode ser recidivante e crônico. Cerca de 2% a 9 % dos pacientes atendidos em consultório de médicos de família apresentam intercorrências relacionadas ao alcoolismo², bem como os danos na esfera social e individual provocados pelo uso abusivo³. O fato do álcool se tratar de uma substância, quase que universalmente, lícita pode ser fator subjacente a essas condições⁴. Diversas são as explicações sobre o motivo das altas taxas de uso, porém é consenso o fato da dependência ser decorrente de interações de fatores biológicos⁵ e culturais⁶, pois o valor simbólico do álcool vai determinar como o indivíduo se relaciona com essa substância, num processo de aprendizado individual e social que indica as situações e regras do consumo da bebida alcoólica⁷.

Para muitos indivíduos com um grau significativo de dependência podem surgir um conjunto de sintomas orgânicos e psíquicos, que caracterizam a chamada Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA). Esta é desencadeada pela cessação ou redução do

consumo de bebida alcoólica ou até mesmo quando o indivíduo alcançou um nível de tolerância tão significativo, que seu organismo não suporta consumir as doses que seriam suficientes para evitar a abstinência⁸.

Dependendo do grau de dependência física, os sintomas da síndrome de abstinência podem variar de desconforto com episódios de cefaleia, náuseas, sensibilidade visual, tremores finos de extremidades, a um quadro mais grave de delirium, o qual exige intervenção rápida e maiores cuidados médicos² e da equipe de Enfermagem⁹.

O espectrum dos sintomas de abstinência e o tempo médio para o aparecimento desses sintomas após a interrupção do uso de álcool varia de 6 a 72 horas. Em geral ela se instala por volta de 24 a 36h após o último consumo de bebida alcoólica⁸. Estima-se que apenas 10% a 20% dos pacientes com síndrome de abstinência de álcool sejam internados para receber tratamento. Nos Estados Unidos, país que concentra os maiores grupos de estudos sobre substâncias psicoativas, a síndrome de abstinência alcoólica não recebe o destaque que merece, a despeito da gravidade dessa condição, que pode ser prevenida inclusive nas suas apresentações mais severas¹⁰.

No Brasil existem estudos mais amplos sobre o uso do álcool e outras substâncias psicoativas na população em geral¹¹, em populações específicas e com pacientes internados dependência de álcool¹². Apesar da gravidade do quadro, não foram encontrados estudos brasileiros sobre a frequência da SAA, nem sobre o cuidado aos dependentes de álcool nesta condição, embora na prática dos serviços de pronto atendimento seja comum e se apresente como um quadro único de sinais e sintomas de gravidade crescente, quando não são feito o manejo adequado do problema.

A Enfermagem na sua atuação profissional tem a responsabilidade de monitorar o paciente em suas necessidades evitando a ocorrência de desfechos fatais. Frente ao exposto, este estudo tem o objetivo de aplicar um protocolo padronizado para identificar sinais e sintomas elaborado para a equipe de Enfermagem e avaliar a síndrome de abstinência em pacientes atendidos em cinco serviços de atendimento de emergências médicas de um município do interior do estado de São Paulo, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo exploratório para verificar a capacidade de avaliação de sinais e sintomas da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) utilizando um instrumento (protocolo de avaliação da Síndrome de Abstinência) elaborado para aplicação em usuários de álcool atendidos em serviços de emergências.

O instrumento está composto de cinco partes: 1- Aparência física e Condições de moradia; 2- Apresentação clínica do paciente; 3- Sintomas relatados pelo paciente; 4- Episódios de auto e heteroagressão; 5- Registro do cuidado de Enfermagem. Para a construção da segunda e terceira parte incluíram-se informações que exigiam observação, procedimentos básicos de enfermagem (verificação de pulso, temperatura e pressão arterial) e itens presentes na Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-R), contudo, assinalou-se apenas a presença ou ausência dos sinais e sintomas e não se avaliou a sua severidade. A primeira parte foi elaborada com base na observação dos pesquisadores no atendimento a essa demanda e a quarta parte considerou as evidências da literatura^{13,14,15}. A quinta parte foi elaborada com o intuito de suscitar a reflexão do profissional de enfermagem em relação ao cuidado prestado, o qual será objeto de detalhamento em outro artigo.

A utilização de itens do CIWA-R justifica-se por ser uma escala validada no Brasil¹⁶ com 10 itens, usada para quantificar a gravidade da SAA, bem como monitorar e medicar os pacientes nessa condição. A tradução do CIWA-R é amplamente utilizada no Brasil e sugerida pelo Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria¹⁷. A aplicação dessa escala, segundo estudo americano¹⁸ requer até 5 minutos com um aplicador treinado.

O instrumento elaborado inclui observação, entrevista e o registro da intervenção de maneira mais simplificada, adequada ao tempo e pessoal de enfermagem, que são quem primeiramente abordam os pacientes. A construção do protocolo ora apresentado nesse artigo foi testado¹⁹ em estudo piloto com sucesso, entre profissionais de enfermagem os quais avaliaram o potencial do formulário como fonte de conhecimento, guia norteador do cuidado de enfermagem e de adequação semântica na utilização de termos.

A experiência de contato com a população usuária de álcool frequentadora dos serviços de pronto atendimento e com as equipes de Enfermagem destes serviços, acrescidos dos resultados da investigação piloto influenciaram, na opção de elaborar um formulário específico para a Enfermagem, prioritariamente descritivo. Dados sobre as informações demográficas do paciente foram agregados.

A expectativa é de que o protocolo permita ao profissional de enfermagem: detectar a presença ou ausência dos sintomas, fornecer uma apreciação geral do paciente, identificar riscos e as necessidades daqueles que devem ser atendidos com prioridade. Entretanto, tem-se a compreensão de que o tempo e a motivação da equipe de Enfermagem podem constituir-se num obstáculo importante.

LOCAL DO ESTUDO

O projeto foi desenvolvido em um município do interior do estado de São Paulo com cerca de 649.556 habitantes²⁰, sendo sua rede assistencial setorizada por regiões. Existem no Município cinco serviços de emergências médicas que são serviços comunitários que atendem pacientes em situações de emergência em geral durante 24h. Tais serviços são mantidos pelo governo municipal. A Secretaria de Saúde do município, na ocasião, não autorizou a participação dos trabalhadores de enfermagem alegando que isso poderia prejudicar o fluxo do serviço de saúde, pois os funcionários estariam utilizando o protocolo de avaliação da SAA com os clientes no momento da consulta, o que “retardaria o atendimento em geral aos usuários”.

Frente à negativa da Secretaria do município, a equipe que realizou a aplicação de dados foi constituída de um enfermeiro professor doutor, cinco enfermeiros vinculados à Universidade de São Paulo, um enfermeiro pós-graduando e seis graduandos em Enfermagem com experiência em pesquisas na área de saúde mental.

Também foram aplicados o Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT) em todos os clientes presentes aos cinco serviços durante a permanência dos pesquisadores nos locais.

Durante o mês de junho e julho de 2010 a equipe reuniu-se para treinamento sobre a aplicação do AUDIT, do protocolo de avaliação da SAA, conduta ética e abordagens breves para redução do consumo de bebida alcoólica, uma vez que a equipe tinha como objetivo ajudar o usuário/familiar caso fosse detectado o uso de risco ou

abusivo de álcool visando auxiliar na mudança de comportamento e/ou pactuar com a equipe de saúde local o encaminhamento do usuário para um serviço especializado. Foram abordados todos os usuários dos serviços de atendimento públicos (não pagos) que deram entrada na sala de emergências, que aceitaram e estavam em condições físicas e psíquicas de participar do estudo. A coleta tinha como objetivo aplicar o protocolo de avaliação de SAA e o AUDIT nos locais. Isso ocorreu duas vezes por semana em dias alternados, para verificar a demanda de pacientes por semana. Em todos os locais foi realizado pelo menos um plantão das 7-13h, das 13-19h e um das 19-22h, estes aconteceram no mínimo sete vezes em dias diferentes da semana. A coleta teve duração de quatro meses (agosto a novembro de 2010). A equipe realizou um total de 136 plantões (42 vespertinos e 40 noturnos), nos cinco serviços de emergências médicas somando 642 horas de plantão nos locais. No total aplicaram-se os instrumentos a 463 pacientes. Desses 297 apresentaram escore no AUDIT ≤ 7 (64,1%); 86 (18,7%) com AUDIT de 8 a 15; 21 (4,6%) tiveram AUDIT de 16 a 19 e 59 (12,7%) apresentavam AUDIT ≥ 20 , ou seja, sugestivo de dependência alcoólica, por isso, foram incluídos nesta investigação.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados ou pelos pacientes que aceitaram responder as questões ou por algum familiar responsável que o acompanhava no serviço.

RESULTADOS

Das pessoas abordadas na pesquisa, 96% habitavam no município, 40,7% possuíam ensino fundamental incompleto e 61,1% eram homens. Em relação aos 59 pacientes com AUDIT ≥ 20 , 53 (18,73%) eram homens e seis (3,35%) eram mulheres. Foi encontrado ainda que 26 (16,25%) pacientes com possível dependência situaram-se na faixa dos 30 aos 49 anos.

Dentre a amostra (59 pacientes) com provável dependência ao álcool, 13 pacientes evidenciaram higiene pobre e três mostraram emagrecimento acentuado. Sobre a habitação, não houve relação significativa entre as variáveis residir com familiar e provável dependência de álcool. Entre os pacientes com sugestiva dependência de álcool a relação residir ou não com familiares teve praticamente a mesma incidência ($P = 1,725$).

Sobre possíveis alterações psíquicas, observou-se na orientação no tempo e lugar que oito não souberam informar há quanto tempo estavam no local de atendimento, sete não souberam afirmar em que ano ou mês estavam. A respeito da motricidade, 13 indicaram sinais de inquietação. Em relação ao humor, nove pacientes apresentaram sinais de irritação ou manifestações verbais agressivas. Para todas essas variáveis P foi $< 0,05$.

Quanto aos sinais físicos específicos da SAA, 17 apresentaram sinais de tremores, sendo significativa a relação entre tremor e dependência ($P = 0.001$); Nove pacientes apresentaram sudorese, sendo significativa essa variável e a dependência ($P = 0,0046$). Somente sete usuários apresentaram alterações de pressão arterial (PA). Tal dado deve estar subestimado, pois a verificação de sinais vitais era da responsabilidade da equipe de enfermagem do serviço de emergência e esta informação nem sempre estava registrada no prontuário do paciente, por ocasião da abordagem para aplicação dos instrumentos.

Como sintomas observados ou referidos pelo conjunto de usuários com sugestiva dependência, 38,98% referiram náuseas (Pr = 0,005), oito mencionaram haver tido convulsões equatro apresentaram temperatura maior que 38°C, sem relação estatisticamente significativa para essas duas variáveis. Os sintomas mais observados ou informados pelos pacientes e que podem ser sugestivos de SAA são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes conforme sintomas observados ou mencionados, sugestivos de provável dependência

Sintomas sugestivos de provável dependência												
	Insônia		Mal estar		Sensação de cabeça estranha		Dor de cabeça		Alucinação visual		Alucinação auditiva	
	Nº	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Sim	27	45,7	33	55,9	19	32,7	27	46,5	11	18,9	10	17,2
Não	32	54,2	26	44,0	39	67,2	31	53,4	47	81,0	48	82,7
Total	59	100	59	100	58	100	58	100	58	100	58	100

Coleta de dados. Ribeirão Preto - SP, 2010.

Para todas as variáveis Pr<0,05

Os indicativos de SAA mais presentes na população deste estudo foram mal estar, dor de cabeça e insônia, embora se destaque que a presença de alucinação visual e auditiva nos usuários de álcool, apesar de ser menos frequente, é um indicativo mais forte da SAA.

Outros sintomas manifestados pelos pacientes relacionados à apresentação clínica da SAA, que a enfermagem deve estar atenta, são a sensibilidade ao som e luz, presença de distúrbio de percepção, tais como a sensação de insetos andando pelo corpo e presença de esquecimentos. É importante também considerar a possibilidade desse quadro clínico gerar ou contribuir com ideações suicidas, conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes AUDIT ≥20, conforme sintomas observados ou mencionados, sugestivos de provável dependência.

Sintomas sugestivos de provável dependência												
	Sensível ao barulho, luz		Sensação de insetos andando pelo corpo		Cocceiras, formigamentos		Esquecimento de alguns períodos ou situações		Tentativa de Suicídio no passado		Tentativa de Suicídio Atualmente	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Sim	21	36,2	5	8,62	16	27,6	28	47,4	12	20,3	8	13,5
Não	37	63,8	53	91,4	42	72,4	31	52,5	47	79,6	51	86,4
Total	58	100	58	100	58	100	59	100	59	100	59	100

Coleta de dados. Ribeirão Preto - SP, 2010.

Para todas as variáveis Pr<0,05

Junto à identificação dos sinais e sintomas foram registradas para análise as ações desenvolvidas pela equipe de enfermeiros responsáveis pela coleta, uma vez que o

estudo pretendia verificar a possibilidade e aplicabilidade do protocolo de avaliação de SAA e intervenções frente à essa demanda nos serviços de atendimento a emergências. Observou-se (Tabela 3) que 11.4% dos enfermeiros se dedicaram à orientações básicas (consumo de álcool e risco para saúde, nutrição e hidratação, direção de veículos) com respeito às condutas dirigidas aos pacientes abordados e 3,7% foram encaminhados para serviços especializados em saúde mental e/ou dependência química (SM/DQ).

Tabela 3. Relação das ações de enfermagem frente aos pacientes com sugestão de dependência alcoólica.

Orientações de enfermagem		
Decisões tomadas	Frequência	%
Orientação familiar	1	0.2
Orientações básicas	53	11.4
Discussão ¹	6	1.3
Encaminhamento ao serviço especializado	17	3.7
Encaminhamento para outros serviços	9	1.9
Discussão + Encaminhamento para outros serviços	3	0.6
Discussão + Encaminhamento ao serviço especializado	5	1.1
Orientações básicas+ Encaminhamento ao serviço especializado	2	0.4
Orientações básicas+ Encaminhamento para outros serviços	2	0.4

¹ - Discussão: com a equipe de enfermagem e demais profissionais do serviço local. Coleta de dados. Ribeirão Preto - SP, 2010.

Ressalta-se que muito embora essas ações tenham sido realizadas por enfermeiros ou alunos de enfermagem treinados e com envolvimento na área de saúde mental, no momento de desenvolver as intervenções de enfermagem estes estavam livres para fazer aquelas que julgassem adequadas. Observa-se que eles realizaram, por vezes, mais de uma orientação ou intervenção a um mesmo usuário de álcool e também a não padronização nas condutas de enfermagem, pois enquanto uns apenas davam orientações básicas ao paciente, outros ampliavam o leque de intervenções, como compartilhar o caso com a equipe local (discussão) ou, além disso, encaminhar os pacientes para serviço especializado ou demais serviços de saúde. Isso forneceu os subsídios para identificar as possíveis dificuldades na elaboração de propostas de intervenção de enfermagem padronizada e direcionada às necessidades do paciente atendido, quando se tem em mente o desenvolvimento de um protocolo de intervenção.

A equipe executora do projeto durante a aplicação do protocolo verificou ainda que os serviços de saúde onde se coletou os dados, não disponibilizavam espaço adequado ao atendimento e a esse tipo de clientes, muito embora a ocorrência de uso abusivo de álcool pareceu ser expressiva nestes serviços, considerando que o estudo mostrou um índice preocupante de provável dependência (12,7%).

DISCUSSÃO

O uso abusivo de álcool provoca considerável morbidade e mortalidade²¹, e a SAA é possivelmente a complicação mais grave do abuso de álcool. A identificação dos sintomas sugestivos, mesmo que realizado num serviço não especializado de saúde

mental, é fundamental para que as intervenções clínicas e de enfermagem sejam bem sucedidas, pois os sintomas são insidiosos e, muitas vezes pouco específicos²². Infelizmente na enfermagem os estudos ainda são escassos quanto à implicação da SAA e o atendimento na prática dessa profissão no contexto dos serviços de emergência, muito embora estes profissionais tenham potencial para fornecer condições facilitadoras e contínuas na reformulação do estilo de vida prejudicial dos usuários pesados de álcool²³. Em estudo qualitativo realizado com enfermeiros de Centro de Atenção Psicossocial no município de São Paulo foi constatado que 68,8% destes profissionais de enfermagem não têm formação na área de álcool e drogas e 93,8 não receberam nenhuma formação durante a etapa de graduação em enfermagem²⁴. Tal fato ratifica a necessidade de instrumentos que orientem e viabilizem a detecção de sinais de complicações do uso de álcool, uma vez que estes podem não ser reconhecidos na prática clínica cotidiana do enfermeiro, principalmente se este não tiver o conhecimento específico. O uso do protocolo de avaliação de enfermagem mostra potencial para sanar as dificuldades de percepção de sinais e sintomas de SAA e a abordagem dos pacientes nos serviços de saúde, especialmente dos atendidos nas emergências.

Um estudo realizado com enfermeiros na Nova Zelândia ratificou o potencial positivo de uso de instrumentos, no caso do AUDIT, ou protocolos agregados à consulta clínica no serviço de emergência. Os autores mencionam a capacidade de redução dos custos de saúde, inclusive os custos sociais, no tratamento para pessoas com problemas relacionados ao álcool²⁵.

Entende-se que a triagem com a amostra de usuários frequentadores do serviço (463) bem como as horas de plantões dispendidas pelos pesquisadores enfermeiros contribuíram para orientação desse grupo e conseqüentemente mostraram ser possível oferecer um cuidado de melhor qualidade. No entanto, há de se considerar que o grupo fornecedor desse cuidado era externo e, portanto, um contingente de pessoal de enfermagem adicional à equipe, o que nos leva a refletir se a equipe de enfermagem local poderia desenvolver seu trabalho diário acrescido de mais a atividade realizada pela equipe da pesquisa.

Os sintomas da SAA levantados neste estudo, e elencados para este protocolo de enfermagem acompanharam a literatura especializada e foram também objeto de investigação por serem de fácil observação por enfermeiros não especialistas em saúde mental, embora se compreenda que outros aspectos como a observação do curso do delírio, a segurança do paciente, a hidratação, as demais funções vitais, as eliminações fisiológicas, a mobilização e a estabilização de doenças crônicas, tais como hepatites ou anemias deve ser objeto de atenção quando na observação clínica de um usuário pesado de álcool⁴.

Contudo, destaca-se que após a detecção pelos pesquisadores dos sinais e sintomas da SAA, e a verificação dos escores de AUDIT fez-se a devolutiva para os pacientes no sentido de despertá-los para a reflexão de que os dados clínicos apresentados na consulta de emergência poderiam estar correlacionados com o consumo abusivo de álcool²⁶.

Quanto ao perfil dos usuários, nota-se semelhança com dados de um estudo observacional e transversal realizado no sul do país, o qual também verificou o consumo mais prevalente no sexo masculino ($p < 0,001$) e em pessoas menores de 39 anos de idade²⁷. A prevalência de 7,55% e 1,21% para homens e mulheres

respectivamente com escores de 20 ou mais no AUDIT foi observada em estudo conduzido em 2011 no mesmo município²⁸. Por tanto, neste estudo, os índices mostraram-se mais elevados no que se refere a essa faixa de risco AUDIT.

Ressalta-se a presença de tentativas de suicídio informadas pelos pacientes, no passado com taxa de 20,3% de relatos, e atualmente em 13,5% dos pacientes com sugestiva dependência. Estudos não são unânimes nessa associação, enquanto alguns confirmam¹⁵ e apontam que usuários pesados de álcool têm 60 a 120 vezes mais probabilidade de cometerem suicídio que a população abstêmia, outro estudo não observa relação significativa entre consumo de álcool regular no último mês e depressão²⁷. Esses dados chamam a atenção para a necessidade de desenvolver pesquisas e ações práticas na população usuária de álcool e é um alerta não apenas para a enfermagem especializada em saúde mental, mas para os profissionais de enfermagem clínica quanto ao cuidado e observação de aspectos inerentes a essa população.

Nos EUA desde 2006 o Colégio Americano de Cirurgiões incluiu a triagem do uso de álcool nos serviços de emergências²⁹. A enfermagem, nestes serviços gasta um tempo considerável com pacientes, sendo a educação em saúde e o envolvimento com os pacientes atendidos por uso de álcool parte importante de suas práticas profissionais, muito embora haja relatos de enfermeiros manifestando desconforto durante a abordagem a esses pacientes³⁰.

Pesquisa mostrou que enfermeiros e outros profissionais conscientes do uso de álcool ser uma questão de saúde, mesmo assim vários pacientes não são indagados sobre seus hábitos de consumo de álcool³¹. Os motivos alegados para isso são a falta de tempo e confiança nas suas habilidades profissionais para ajudar os pacientes a mudarem de hábitos³². Soma-se a isso o fato do uso de álcool ser percebido como um dos hábitos mais difíceis de discutir com os pacientes, daí a abordagem ser considerada mais complicada³³. Os autores finalizam os trabalhos propondo a realização de estudos que facilitem essa abordagem e foi com essa perspectiva que o presente estudo foi desenvolvido.

Enfatiza-se a dificuldade encontrada na articulação com órgão (Secretaria Municipal de Saúde) responsável pelos serviços de saúde contactados que, na possibilidade de experimentar avanços provenientes de estudos para a melhoria de atendimentos de enfermagem na emergência, pareceu não compreender e não apoiar a iniciativa do presente trabalho. Posição diferente da apresentada na realização do estudo piloto, por outro gestor. Isso confirma o suporte organizacional como um dos entraves no atendimento, afirmação registrada em estudo também a população usuária de serviços de emergências³². O protocolo de avaliação da SAA para uso na equipe de enfermagem em pesquisa anterior mostrou-se adequado por permitir o rastreamento dos sinais e sintomas de pacientes na unidade de emergência e também foi identificado por esses trabalhadores com um guia do cuidado de enfermagem, pois estes devem estar cientes da importância desta profissão na educação em saúde com relação aos riscos associados ao consumo de álcool¹⁹.

Existe a recomendação para que seja feita a avaliação do uso de álcool em todos os locais de assistência onde a enfermagem esteja presente, bem como alerta-se para a pouca atenção ao desenvolvimento de protocolos e apoio para as enfermeiras desempenharem essa atividade nos serviços de emergência³⁴. Entretanto, há críticas quanto a esse posicionamento por considerar que a prática de oferecer à equipe de

enfermagem protocolos padronizados e apoio organizacional para todos os cuidados de saúde que deve prestar nos seus serviços não é realista em curto prazo. A sugestão é para o enfermeiro assumir a própria capacitação, no caso específico do álcool, que adquira os conhecimentos adequados para avaliar o consumo dos pacientes e incorpore esse conhecimento à sua prática³⁵.

Na realidade brasileira já ocorre a aquisição de conhecimentos específicos pelos enfermeiros, entretanto, dificuldades como baixos salários, falta de incentivo por parte dos serviços (não disponibilizam horários para educação continuada) e limitação de pessoal, pois o enfermeiro atua como supervisor da equipe (composta por técnicos e auxiliares de enfermagem) e do serviço, o que lhe toma muito tempo. Nessas condições, o protocolo desenvolvido na pesquisa pode contribuir para a auto educação tanto da enfermagem quanto de sua equipe auxiliar.

PAPEL DA ENFERMAGEM E CONCLUSÕES

O estudo mostrou que a aplicação do AUDIT no rastreamento do uso de álcool e do protocolo de avaliação da SAA, são instrumentos que reverteram em benefícios para os clientes atendidos pela enfermagem na emergência, pois todos os abordados tiveram a oportunidade de receber orientações sobre o seu padrão de consumo, os problemas de saúde associados e sobre locais de tratamento. Portanto, o projeto viabilizou a abordagem da temática com os clientes em geral e à procura de um serviço especializado, no caso daqueles com padrão de consumo abusivo. A aplicação do protocolo ressaltou aos pacientes a necessidade e importância do tratamento continuado em serviços de saúde mental ou de adição.

O desenvolvimento do trabalho apontou os serviços emergências como um espaço possível e eficaz de orientação ao usuário e familiar, uma oportunidade destes associarem a sintomatologia apresentada com um padrão de uso abusivo de álcool. Assim, os enfermeiros alocados nestes serviços podem ser treinados para manejar os pacientes que fazem uso abusivo de álcool e realizar intervenções mais apropriadas às necessidades desses usuários. A aplicação do protocolo de avaliação da SAA pode ser um recurso auxiliar no treino e direcionamento do cuidado em enfermagem.

Como limitação deste estudo salienta-se o fato de o grupo aplicador do instrumento ser externo aos locais e, portanto, não ter a responsabilidade de atuar em outras instâncias que exigiam ações ou procedimentos específicos de enfermagem. Assim, os autores reiteram a necessidade de que os aplicadores do protocolo sejam elementos da própria equipe local.

REFERÊNCIAS

- 1- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y. & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373 (9682), 2223-2233.
- 2- Muncie, H. L., Yasinian, Y. & Oge', L. (2013). Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*, 88 (9), 589-595.
- 3- Rozin, L. & Zagonel, I. P. S. (2012). Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 314-318.
- 4- Mainerova, B., Prasko, J., Latalova, K., et al. (2013). Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.*

- 5- Kendlerand KS, Myers J. **Clinical Indices of Familial Alcohol Use Disorder**. Alcohol Clin Exp Res. 2012 December; 36(12): 2126–2131. doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01844.x
- 6- Menéndes EL, Di Pardo RB. **Alcoholismo, otras adicciones y varias imposibilidades** In Críticas e atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América latina. Org. Minayo MCS, Coimbra Jr CEA. Editora FIOCRUZ, 2005.
- 7- World Health Organization. Principles of drugs dependence treatment. [Internet] 2008. [acesso 13 maio 2009]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf
- 8- Maciel, C. & Kerr-Corrêa, F. (2004). Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26, 47-50.
- 9- Vargas, D. d. (2011). Atitudes de estudantes de enfermagem frente questões relacionadas ao álcool, alcoolismo e alcoolista. **Acta Paulista de Enfermagem**, 24, 638-644.
- 10- Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J. Alcohol withdrawal syndrome. Am Fam Physician 2004;69(6):1443-550. 4
- 11- Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, Moura YG, Sanchez ZVDM. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. v. 01. 472 p.
- 12- NOTO, A. R. & CARLINI, E. A., 1995. Internações hospitalares provocadas por drogas: Análise de sete anos consecutivos (1987-1993). Revista ABP-APAL, 17:107-114.
- 13- White HR, Gorman DM. Dynamics of the drugs-crime relationship. In: Lafree G, editor. Criminal justice 2000: The nature of crime: continuity and change. Washington, DC: National Institute of Justice; 2000. v. 1 p. 151-218.
- 14- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. (2014). Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. **J Subst Abuse Treat**, 46(4), 532-539.
- 15- Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. **Acta Psychiatr Scand**, 113(1), 13-22
- 16- Marques ACPR, Ribeiro M. Abuso e Dependência do Álcool. (Vol. 2). [Manual]. Brasília: Associação Brasileira de Psiquiatria, Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2002.
- 17- Vaillant GE. **Historia natural do alcoolismo revisada**. Porto Alegre, Artes Medicas, 1999.
- 18- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A. & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). **Br J Addict**, 84(11), 1353-1357.
- 19- Luis, M. A. V., Lunetta, A. C. F. & Ferreira, P. S. (2008). Protocol for assessing alcohol withdrawal syndrome by nursing professionals in emergency services: a pilot test. **Acta Paulista de Enfermagem**, 21, 39-45.
- 20- [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística](#) (IBGE) (29 de agosto de 2013). [Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 1º de julho de 2013](#) (PDF). Arquivado do [original](#) em 29 de agosto de 2013. Página visitada em 29 de agosto de 2013.
- 21- Schuckit, M. A. Alcohol-use disorders. **The Lancet**, 373(9662), 492-501.
- 22- Laranjeira R, Nicastrí S, Jerônimo C, Marques AC. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [serial on the Internet]. 2000 June [cited 2014 Feb 20] ; 22(2): 62-71. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000200006>.
- 23-Fornazier ML, Siqueira MM. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J. bras. psiquiatr.** [serial on the Internet]. 2006 [cited 2014 Feb 20] ; 55(4): 280-287. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000400004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000400004>.
- 24-Vargas, D. d.& Duarte, F. A. B. (2011). Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área.
- 25-O'Brien, A., Leonard, L. & Deering, D. (2012). Could an advance practice nurse improve detection of alcohol misuse in the emergency department? **Int J Ment Health Nurs**,21(4), 340-348.
- 26-Stern, T. A., Gross, A. F., Stern, T. W., Nejad, S. H. & Maldonado, J. R. (2010). Current approaches to the recognition and treatment of alcohol withdrawal and delirium tremens: "old wine in new bottles" or "new wine in old bottles". **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**,12(3).
- 27-Bortolozzi MC, Traebert J, Loguercio A, Kehrig R. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):679-685.
- 28-Freitas ICM;Moraes SA. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.10, pp. 2021-2031. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-31>
- 29-American College of Surgeons. Resources for Optimal Care of the Injured. Chicago, IL. American College of Surgeons; 2006.
- 30-Désy, P. M., Howard, P. K., Perhats, C. & Li, S. (2010). Alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment conducted by emergency nurses: an impact evaluation. **J EmergNurs**,36(6), 538-545.
- 31-Johansson, K., Bendtsen, P. &Akerlind, I. (2005). Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. **Eur J Public Health**,15(6), 615-620.
- 32-Holmqvist, M., Bendtsen, P., Spak, F., Rommelsjö, A., Geirsson, M. &Nilsen, P. (2008).Asking patients about their drinking.A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. **Addict Behav**,33(2), 301-314.
- 33-Spak F, Andersson A. (2008) Large scale implementation of early identification and brief intervention in Swedish primary health care - will it be successful? **Nordic Stud Alcohol Drugs** 25:477-88
- 34-Cherpitel, C. (2006). Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency room: is there a role for nursing? *Journal of Addictions Nursing*,17, 79-82
- 35-Alameida, M. D., Harrington, C., LaPlante, M. & Kang, T. (2010). Factors Associated with Alcohol Use and its Consequences. **Journal of Addictions Nursing**,21(4), 194-206.

ANEXO

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DA PRESENÇA DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (SAA)

Motivo do atendimento/detalhar

Aparência e condições de moradia

Aparência higiene pobre mal nutrido

Apoio social vive com familiares morador de rua vive em asilo ou outras instituições

Apresentação clínica do paciente

Sinais	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Sabe o seu nome	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Sabe há quanto tempo está hospitalizado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O ano em que está	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O mês e dia da semana	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Apresenta inquietação: incapacidade para manter-se quieto, andando de um lado para o outro, esfrega as mãos, estrala os dedos com frequência	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Irrita-se com facilidade, questionador(a), responde com raiva quando interrogado(a)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Expressa-se de forma ofensiva ou usa palavras de baixo calão	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Apresenta tremor nas mãos, pálpebras e língua	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Sudorese visível (testa, palma das mãos, corpo)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Pulso (frequência cardíaca) acima de 100 bat/min)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Pressão arterial aumentada (sistólica maior que 140mmHg e diastólica maior que 90mmHg)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Náuseas, ânsia de vômitos ou vômitos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Apresentou convulsões (tipo grande mal)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Temperatura elevada (a partir de 38°C)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Sintomas relatados pelo paciente

Mal estar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Insônia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tem sentido a sua cabeça diferente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tem sentido dor de cabeça	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tem visto coisas que sabe que não estão presentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tem ouvido coisas que sabe não estão presentes ou aí	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Está mais sensível ao barulho, ou a luz o tem perturbado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tem a sensação de insetos andando pelo corpo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tem coceiras na pele, formigamentos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Relata esquecimento de alguns períodos ou situações sobre os quais as pessoas lhe perguntam? Não se lembra do que fez recentemente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Episódios de auto e hetero agressão

Não Sim quantas vezes _____

Atualmente, desejou machucar-se ou atentar contra sua própria vida?

Sim

Não

Obs: se houver acompanhante pode pedir sua colaboração para responder as questões.

Registro do cuidado de enfermagem

Houve necessidade de discutir a conduta/orientações com a equipe? Não Sim explique
Quais condutas foram tomadas?

Recebido: 19 de janeiro 2015; Aceito: 12 de junho 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia